

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

No

588

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Raphaël ELLENBOGEN

Né le 10 novembre 1906, à Cârlibaba (Roumanie)
Ancien Interne de l'Hôtel-Dieu de Laon et de l'Hôpital d'Aurillac

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
CÉSARIENNE HAUTE

LES RÉSULTATS DES OPÉRATIONS CÉSARIENNES CORPORÉALES
PRATIQUÉES A L'HOTEL-DIEU DE LAON DE 1928 A 1935

Président : M. COUVELAIRE, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Raphaël ELLENBOGEN

Né le 10 novembre 1906, à Cărlibaba (Roumanie)
Ancien Interne de l'Hôtel-Dieu de Laon et de l'Hôpital d'Aurillac

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

CÉSARIENNE HAUTE

LES RÉSULTATS DES OPÉRATIONS CÉSARIENNES CORPORALES
PRATIQUÉES A L'HOTEL-DIEU DE LAON DE 1928 A 1935

Président : M. COUVELAIRE, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1935

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	R. DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTIN.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
BERNARD (E.).. Pathologie médicale.
BOULIN Pathologie médicale.
BULLIARD Histologie.
CATHALA Pathologie médicale.
CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
DOGNON Physique.
FEY Urologie.
GALLIARD Parasitologie.
GASTINEL Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
GAYET Physiologie.
GIROUD Histologie.
HAGUENAU ... Pathologie médicale.
HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD Pharmacologie.
HUGUENIN Anatomie pathologique.
JOANNON Hygiène.
LABBÉ (Henri).. Chimie biologique.
LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
LEMAIRE Pathologie expérimentale.
LEVEUF Pathologie chirurgicale.
M^{lle} J. LÉVY ... Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
MOREAU Pathologie médicale.
MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN Pathologie médicale.
OBERLING Anatomie pathologique.
PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
PORTES Obstétrique.
RICHET Physiologie.
SANNIÉ Chimie biologique.
SÈNÈQUE Pathologie chirurgicale.
TROISIER Pathologie expérimentale.
TURPIN Pathologie médicale.
VIGNES Obstétrique.
WILMOTH Pathologie chirurgicale.
Justin BESANÇON.. Hydrologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
BUSQUET Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT. Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique
NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
ZIMMERN Physiologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI.	} Clinique médicale.	BASSET.	} Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE.		BROCQ.	
AUBERTIN.		CADENAT.	
BRULÉ.		GATELLIER.	
CHABROL.		HEITZ-BOYER.	
CHIRAY.		MOURE.	
DONZELOT.		QUÉNU.	
DUVOIR.		SCHWARTZ.	
HARVIER.		VELTER.	
LIAN.			
VALLERY-RADOT			
(Pasteur).			
SÉZARY.			
	} Clinique obstétricale.	MM.	
ÉCALLE.			
GUÉNIOT.			
LE LORIER			
LÉVY-SOLAL.			
METZGER.			

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé ...	Éducation physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.
FREY.....	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MERE

A MON PERE

*bien faible témoignage de mon amour filial
et de ma reconnaissance pour la tendresse
et les encouragements qu'ils m'ont toujours
prodigués.*

A MA SŒUR

A MES FRERES

MEIS ET AMICIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

M. LE PROFESSEUR COUVELAIRE

*Professeur de Clinique obstétricale
à la Faculté de Médecine de Paris,
Membre de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'honneur*

*qui nous a fait le très grand honneur de bien
vouloir accepter la présidence de notre
thèse.*

A NOTRE MAITRE

LE DOCTEUR L. DEVRAIGNE

*Accoucheur de Lariboisière
Commandeur de la Légion d'honneur*

*Hommages et remerciements pour le bon
accueil qu'il nous a toujours réservé et pour
les conseils qu'il nous a prodigués.*

A NOTRE MAITRE

LE PROFESSEUR GUILLAUME-LOUIS

*Directeur de l'Ecole de plein exercice de Médecine
de Tours
Officier de la Légion d'honneur*

*à l'habileté et aux soins duquel nous devons
d'avoir pu continuer nos études après l'acci-
dent qui nous était arrivé, hommages et
reconnaissance infinie pour l'amitié bien-
veillante qu'il n'a pas cessé de nous témoi-
gner.*

A NOTRE MAITRE

LE DOCTEUR R. LEMARCHAL

*Chirurgien-Chef de l'Hôtel-Dieu de Laon
Chevalier de la Légion d'honneur*

*qui nous a inspiré la présente thèse, hom-
mage et remerciements pour l'accueil qu'il
nous a réservé pendant nos deux années
d'internat et pour ses conseils précieux qui
ont facilité notre travail.*

A M. LE DOCTEUR MENU

*Médecin-Chef de la Maternité de Laon
Officier de la Légion d'honneur*

*Hommages et remerciements pour son ac-
cueil pendant notre présence à l'Hôtel-Dieu
de Laon.*

A M. LE DOCTEUR DEFONG

Oto-rhino-laryngologiste de l'Hôtel-Dieu de Laon

*Hommages et reconnaissance pour l'amitié
dont il a bien voulu nous honorer pendant
notre séjour à Laon.*

A. M. LE DOCTEUR PESTEL

*Radiologue des Hopitaux de Paris
Chevalier de la Légion d'honneur*

Hommages et remerciements pour son accueil et pour son enseignement précieux.

A M. LE DOCTEUR RUBY

Médecin-Chef de l'Hôtel-Dieu

A M. LE DOCTEUR BLET

Chevalier de la Légion d'honneur

*Remerciements pour ses conseils précieux
et vive admiration pour sa vie pleine de
dévouement à ses malades.*

AUX DOCTEURS APCHIN, CHANAL, DODINET,
GIROUX, PUECH, RIGAL ET VERMENOUE

Médecins de l'Hôpital d'Aurillac

*Hommage et remerciements pour l'accueil
qu'ils nous ont réservé lors de notre année
d'internat à l'Hôpital d'Aurillac.*

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE TOURS

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE PARIS

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA CÉSARIENNE HAUTE

INTRODUCTION

Depuis quelques années la césarienne haute est délaissée pour être remplacée par la césarienne basse, dont certains auteurs préconisent même l'emploi exclusif. On explique cette préférence pour la césarienne basse par la possibilité de pouvoir appliquer l'épreuve du travail et de retarder ainsi au maximum le moment de l'intervention, par le siège de l'incision sur le segment inférieur non contractile, ainsi que par la diminution du risque d'infection péritonéale, même plusieurs heures après la rupture de la poche des eaux.

Il nous a donc paru intéressant d'apporter aujourd'hui le résultat des césariennes pratiquées pendant ces six dernières années à l'Hôtel-Dieu de Laon, où la césarienne haute est uniquement appliquée.

Il s'agit de la totalité des cas qui s'étaient présentés pendant ce laps de temps dans le service de la Maternité. Nous y ajoutons quatre observations (1, 2, 3 et 7) sur les interventions antérieures pratiquées à la Maternité de Laon sur des femmes qui ont subies ces dernières années des césariennes itératives.

Une grande partie de ces interventions portait sur des cas impurs pour lesquels les adeptes de la césarienne haute reconnaissent et appréhendent le danger de l'infection. Néanmoins, grâce peut-être à certains détails de technique, les résultats dans la majorité des cas furent excellents.

Nous nous efforcerons donc, en rapportant les observations de césariennes corporéales pratiquées à l'Hôtel-Dieu de Laon, de comparer dans la mesure du possible les résultats obtenus, tant au point de vue mortalité que morbidité maternelle et fœtale, avec des résultats obtenus après césariennes basses publiées dans diverses statistiques. Nous ne discuterons pas l'indication de l'intervention, mais nous essayerons de fixer quelques détails de technique, qui sont d'ailleurs appliqués par la plupart des opérateurs. De plus nous passerons en revue les complications immédiates et éloignées possibles de la césarienne haute, en les comparant à ceux de la césarienne basse.

TECHNIQUE OPERATOIRE

Nous n'insisterons pas sur les préparatifs usuels en vue de l'opération, qui sont identiques à ceux de toute autre laparotomie. Si l'opération a été prévue ou si le temps le permet, il est bon d'administrer à la femme un lavement évacuateur quelques heures avant l'intervention. De même on aura soin de vider la vessie par cathétérisme, au moment d'amener la femme dans la salle d'opération. Après une toilette soignée, on pratiquera un large iodage de la paroi abdominale, de la vulve et du vagin.

Il s'agit maintenant de décider de l'anesthésique à employer. Chloroforme, éther, balsoforme, ou la rachianesthésie peuvent être employés. Mais bien des choses militent en faveur de la rachianesthésie (novocaïne ou scurocaïne). Absence d'agitation de la malade pendant l'intervention, diminution du danger de complications pulmonaires post-opératoires et enfin l'absence presque totale d'hémorragies utérines pendant l'intervention et quelque temps après. Odagasco, traitant la question de la rachianesthésie dans la césarienne, écrivait : « L'absence d'hémorragie intra-utérine pendant l'opération et quelque temps

après, sont des facteurs qui comptent le plus pour l'avenir de la cicatrisation de la plaie utérine. »

Sauf chez les hypotendues, ou si une malformation vertébrale y met obstacle, nous croyons que la rachianesthésie est actuellement l'anesthésie idéale. 10 centigrammes de novocaïne suffisent pour obtenir une anesthésie parfaite pendant toute la durée de l'intervention. Quant aux complications post-opératoires imputables à la rachianesthésie, elles paraissent être rares ou au moins sans gravité. Migraines tenaces ou vomissements sont les complications les plus fréquentes, mais elles cèdent en général rapidement à l'injection intra-veineuse de sérum hypersalé et aux lavages de l'estomac. Une autre complication serait la rétention d'urine dont M. le Professeur Brindeau rapporte un cas qui dura un mois.

L'instrumentation doit être la plus complète possible. On doit être outillé de façon à pouvoir pratiquer une hystérectomie d'urgence, si celle-ci s'imposait.

Pour les sutures on fera préparer du catgut n° 1 et n° 2 (Brady) ainsi que des fils de bronze et des crins de Florence. (Nous n'employons pas la soie pour des raisons que nous expliquerons plus loin.)

Après avoir placé la femme sur la table d'opération et pratiqué le iodage de la paroi abdominale, on délimite la région opératoire par des champs stérilisés.

OPERATION

Nous résumerons ici brièvement la technique suivie par le docteur Lemarchal, chirurgien-chef de l'Hôtel-Dieu et le docteur Menu, médecin-chef de la Maternité de Laon, qui diffère peu de la technique classique dans la césarienne haute.

Après avoir placé la femme dans la position de Trendlenburg et bien délimité la région opératoire par des champs, on pratique une incision médiane sus et sous-ombilicale de la paroi abdominale d'une longueur de 20 centimètres environ en contournant l'ombilic.

Avant d'ouvrir le péritoine on sépare l'aponévrose des muscles grands droits afin de pouvoir reconstituer la paroi abdominale en quatre plans (péritoine, muscles, aponévrose, couche cutanée). On incise prudemment le péritoine sur une longueur de quelques centimètres. Après avoir insinué deux doigts de la main gauche dans la brèche péritonéale, on fend le péritoine à l'aide de ciseaux-mousses sur toute la longueur de l'incision cutanée. On garnit le pourtour de l'incision avec des champs et on extériorise l'utérus. Entre l'utérus et la paroi abdominale on place des champs, afin de protéger le péritoine contre les liquides venant de l'utérus. Incision de l'utérus sur la ligne médiane sur une longueur de 15 à 16 centimètres. Souvent l'incision tombe sur le placenta inséré sur la paroi antérieure de l'utérus. Il s'agit soit de décol-

ler rapidement le placenta, soit de refouler le placenta pour pouvoir pénétrer dans l'œuf et extraire le plus vite possible le fœtus. En incisant les membranes on évitera que le liquide amniotique pénètre dans la cavité abdominale. Après avoir extrait le fœtus on pratique la délivrance artificielle en révisant l'utérus. Souvent les membranes se décollent difficilement, surtout au niveau du segment inférieur. On pratique un iodage de la cavité utérine après évacuation de son contenu qui ramène souvent des débris de membranes.

La première partie de l'intervention terminée, il s'agit de reconstituer l'utérus ainsi que la paroi abdominale. La valeur de la cicatrice est le point cardinal pour les suites opératoires immédiates, ainsi que pour l'avenir obstétrical de la femme. Il s'agit donc d'obtenir une cicatrisation aussi parfaite que possible de la plaie utérine, ainsi qu'une paroi abdominale solide.

Pour la suture de l'utérus, nous emploierons uniquement un catgut à résorption lente (brady-catgut n° 2) en faisant, après avoir exactement affronté les deux lèvres de la plaie utérine, une suture par points séparés très rapprochés en prenant toute l'épaisseur du muscle utérin. Il est quelquefois utile, après une césarienne itérative surtout, de faire une suture superficielle par surjet, en enfouissant la plaie utérine. Il est entendu que le plus grand soin doit être porté aux nœuds de chaque point de suture (triples nœuds) afin d'éviter un relâchement de la suture.

L'emploi de la soie pour la suture de la plaie utérine, utilisée par hantise injustifiée de la fragilité des

sutures au catgut est à proscrire. Nous croyons en effet que bien des complications post-opératoires de la césarienne haute sont uniquement imputables à l'emploi de la soie comme matériel de suture. Celle-ci étant un corps non résorbable, semble agir à la manière d'une mèche et drainer par capillarité le contenu de la cavité utérine vers la cavité péritonéale. Nous risquons donc, en cas d'infection localisée à l'utérus, de voir ces germes drainés par les points de suture vers le péritoine. En plus du danger immédiat d'infection de la grande cavité péritonéale, il existe un danger secondaire d'adhérences serrées autour des fils infectés et de formation de fistules utéro-pariétales. C'est d'ailleurs ce qui paraît se produire généralement.

En utilisant le catgut et simplement un catgut n° 2 à résorption lente, celui-ci gonfle et obture les trajets des fils, empêchant ainsi toute communication entre utérus et péritoine. La suture par catgut, même en un seul plan, donne un affrontement suffisant pour obtenir une cicatrisation parfaite. Lors des césariennes itératives nous avons pu vérifier la qualité excellente des cicatrices. De plus, le catgut ne favorise pas la production d'adhérences, celles-ci étant le plus souvent nulles ou négligeables au cours de césariennes itératives.

La reconstitution de la paroi abdominale se fait en quatre plans, l'opérateur ayant eu soin au début de l'intervention de séparer l'aponévrose des muscles. Un surjet au catgut pour le péritoine, des points sépa-

rés pour les muscles, un surjet pour l'aponévrose et enfin des crins de Florence pour la couche cutanée, et la paroi redeviendra presque aussi solide qu'avant l'intervention.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

M^{me} Cl. Av., 24 ans.

**Césarienne après deux tentatives d'application des forceps.
Membranes rompues depuis 20 heures.**

Antécéd. Obstét. primipare.

Adressée d'urgence dans le service vers minuit. Début du travail la veille au matin. *Adressée par son médecin après deux tentatives d'application de forceps au détroit supérieur, la dernière vers 19 heures. Membranes rompues depuis 6 heures du matin.*

A l'examen, on trouve un diamètre promonto-pubien : 9 cm. 5. Il n'y a pas d'engagement du fœtus, et la dilatation même est incomplète, ne dépassant pas 5 frs. Douleurs assez fortes et rapprochées. Les battements du cœur fœtal sont encore bien perceptibles et réguliers.

La question se pose entre césarienne haute et Porro. Le pouls de la parturiente est à 100. On se décide pour la césarienne.

L'intervention a lieu à deux heures du matin sous-anesthésie générale. Extériorisation de l'utérus. A l'ouverture de l'œuf, liquide amniotique très souillé de méconium. L'enfant extrait est étonné. On le ranime en quelques minutes. Il porte une ecchymose fronto-pariétale droite marquant la branche du forceps. Délivrance. Suture de l'utérus en deux

plans brady-catgut n° 2. Paroi abdominale en trois plans. Une injection d'ergotine est faite dès la suture utérine terminée. Pas d'injection préventive. Au moment d'appliquer les bandages, on vérifie le globe utérin. L'utérus est très haut, au-dessus de l'ombilic. L'expression chasse un flot de sang et des caillots. Hémorragie après la délivrance par inertie. Le poulx est petit, à peine comptable. Pansement, injection de sérum chirurgical, adrénaline et spartéine.

Suites de couches fébriles et surtout anémie consécutive assez prononcée. Le poulx se remonte progressivement. Régression lente de l'utérus. Suintement normal, puis purulent, se prolongeant trois semaines.

L'enfant présente consécutivement des convulsions. Absence de battements des fontanelles. Une ponction lombaire, le sixième jour, décèle une hémorragie méningée. Sédation des symptômes au bout de quelques jours. Aucun trouble depuis.

La femme et l'enfant quittent le service en bon état.

OBSERVATION II

M^{me} Cl. Av., 25 ans.

Deuxième césarienne haute itérative.

Treize mois après la précédente intervention. Entre dans le service vers 7 heures du matin.

Le travail a commencé la veille vers 21 heures. A l'examen, on constate une dilatation d'environ 2 frs. La poche des eaux piriforme est intacte.

Intervention sous-anesthésie générale. Laparatomie sur l'ancienne cicatrice. *On trouve quelques adhérences de l'épilon à la partie haute de la cicatrice utérine sur une longueur de trois centimètres environ, et qui est amincie dans ce point.* Extériorisation de l'utérus. Incision de la cicatrice

utérine dans la région où siègent les adhérences. Extraction de l'enfant. Délivrance. Placenta inséré sur la paroi postérieure. Rupture des membranes, la partie basse restant dans le vagin. Suture de l'utérus en un plan à points serrés de brady-catgut n° 2. *Après excision du tissu cicatriciel au niveau de la zone amincie*, reconstitution de la paroi en trois plans brady-catgut et agrafes, puis suture en masse aux fils de bronze pour appui.

Suites de couches normales.

Femme et enfant quittent le service en bon état.

OBSERVATION III

M^{me} Cl. Av., 28 ans.

Troisième césarienne haute itérative.

Entre dans le Service trois ans après la précédente césarienne, au voisinage du terme. Début du travail le lendemain de son entrée, dans la nuit.

Intervention vers onze heures sous rachi (scrucrocaïne). Incision sur la cicatrice. Elle doit être agrandie vers le haut et le bas pour permettre d'extérioriser l'utérus volumineux. Les droits sont découverts de part et d'autre. *Libération de quelques adhérences épiploïques à la cicatrice utérine et au péritoine*. L'utérus se trouve dépéritonisé sur le fond au voisinage de la cicatrice. *Celle-ci ne paraît pas amincie, mais un peu irrégulière.*

Incision utérine sur la cicatrice. Libération de l'œuf jusqu'au placenta. Ouverture. Extraction de l'enfant qui tarde à respirer, et qui paraît avoir absorbé un peu de liquide amniotique. Délivrance. L'utérus saigne modérément. Suture en un plan brady-catgut n° 2, renforcé par des points prenant largement les zones dépéritonisées et les enfouissant,

après excision de la cicatrice pour affronter les surfaces d'épaisseur normale. Paroi 1 plan. Fils de bronze.

Suites de couches normales. Femme et enfant quittent le Service en bon état.

OBSERVATION IV

M^{me} Cl. Av., 31 ans.

Quatrième césarienne itérative.

Entre dans le service trente mois plus tard à terme dans quelques jours. Fond utérin à 32 centimètres de la symphyse. Position sommet haut situé, dos à droite.

Intervention avant tout début de travail. Rachiscurocaïne. Laparatomie sur l'ancienne cicatrice. Quelques adhérences épiploïques sur la cicatrice et, de part et d'autre, simplement lamelliformes. *Pas d'adhérences à l'utérus dont la cicatrice est à peine visible. Elle n'apparaît qu'après accouchement.* On incise sur la cicatrice. Hémorragie insignifiante. *Au niveau de la cicatrice, pas d'amincissement (on excise une zone fibreuse sur la lèvre droite, sur cinq centimètres vers le haut).* L'œuf est ouvert. Extraction de l'enfant qui a rendu un peu de méconium et qui est étonné. Délivrance facile sans adhérences des membranes. Placenta inséré sur la paroi postérieure vers le fond. Suture de l'utérus au brady-catgut n° 2, points séparés. Dissection des lèvres pariétales, à la recherche des muscles droits. Suture en 4 plans (péritonéale, musculaire, aponévrotique au catgut. Crins cutanés et surget fil de lin).

L'enfant crie dès la délivrance terminée (une minute après extraction). En exprimant l'utérus après l'intervention, il ne sort par la vulve qu'une petite quantité de sang liquide.

Suites de couches normales. La mère et l'enfant quittent le Service en bon état.

OBSERVATION V

M^{me} Cl. M., 26 ans.

Troisième césarienne haute itérative pour rétrécissement pelvien.

Antécéd. obst. :

1° Accouchement normal d'un enfant petit vivant.

2° Fausse couche de six mois.

3° Fausse couche de trois mois.

4° Césarienne haute pratiquée à l'hôpital de Reims. Enfant vivant pesant 3.000 grammes. Suites de couches fébriles.

5° Fausse couche de trois mois et demi.

6° Césarienne haute itérative faite à l'hôpital de Reims. Enfant pesant 3.050 grammes, mort au bout de treize jours. Suites de couches fébriles.

A l'entrée, la femme a quelques douleurs. Tête mobile qui déborde, sans aucune tendance à s'engager. Bruits du cœur bons. On décide une intervention par voie haute. Rachianesthésie. Césarienne classique. Résection de la cicatrice qui descend jusqu'au pubis. Incision des plans aponévrotiques et musculaires qui sont maintenus entre eux par des adhérences. Décollement du péritoine, lui-même très adhérent. *Extériorisation de l'utérus qui présente une cicatrice peu visible, masquée par des adhérences.* Incision de l'utérus et extraction d'un enfant vivant, pesant 2.530 gr., après avoir rompu les membranes. Délivrance. Suture de l'utérus et appendicectomie. Application du lambeau épiploïque sur la plaie. Suture de la paroi en 4 plans.

Suites des couches normales. La femme et l'enfant quittent le Service, après 21 jours, en bon état.

OBSERVATION VI

M^{me} Cl. M., 27 ans.

Quatrième césarienne haute itérative. — Hystérectomie après rupture utérine.

La femme arrive quatorze mois après la précédente césarienne dans le service, ayant déjà depuis la veille des douleurs. (Elle a perdu une partie des eaux trois jours avant son entrée à la Maternité). Contractions très fortes, toutes les cinq minutes environ. Tête mobile au D. S. débordant. Auscultation positive, col perméable. On décide l'intervention.

Rachianesthésie complétée par anesthésie légère au balsoforme. Incision sus et sous-ombilicale de la paroi abdominale, sur la cicatrice antérieure. *On incise avec précaution pour ouvrir le péritoine qui adhère partout à l'utérus (face antérieure, faces latérales, fond de l'utérus).* On exerce des manœuvres prudentes de décollement, mais avant d'avoir pu extérioriser l'utérus, la poche des eaux fait hernie à travers une déchirure de la paroi utérine. On la déchire de façon que le liquide s'écoule hors de l'abdomen. Extraction d'un enfant qui crie aussitôt, pesant 2.620 grammes. Extraction de l'A. F. On poursuit le décollement des adhérences, après avoir rapproché les lèvres de la déchirure avec des pinces Kocher. On arrive à extérioriser l'utérus. *La face antérieure de l'utérus est largement déchirée de façon irrégulière avec un lambeau formant languette et une ébauche de dédoublement de la paroi.*

Hystérectomie subtotale. Péritonisation. Suture de la paroi en un plan au fil de bronze. Durée de l'intervention, 70 minutes. La malade n'est pas trop shockée. Pouls bien frappé.

Suites de couches fébriles.

Le cinquième jour après l'intervention, la malade a 40°2 et à plusieurs reprises des frissons. Injection de deux ampoules de sérum antistreptococcique. Tonicardiques. Les vingt premiers jours des suites de couches, la température se maintient entre 37°5 et 38°2 avec, à deux reprises, des poussées plus fortes (5^e jour, 40°2; 20^e jour, 39°2). Les dix jours suivants la température descend progressivement vers la normale. Le poulx, qui au début se maintenait entre 96 et 100, revient à 64 et 76.

La femme et l'enfant quittent le Service le 30^e jour en bon état.

Il est intéressant à noter qu'entre la première et la deuxième césarienne, il est passé un peu plus de deux ans. Mais entre ces deux opérations se place encore un curettage pour une fausse couche de trois mois et demi et qui a été pratiqué dix mois après la première césarienne. Entre la deuxième et troisième césarienne itérative, il s'est écoulé un peu plus d'un an. Entre la troisième et quatrième césarienne itérative enfin, il s'est écoulé quatorze mois. Malgré ces grossesses répétées, et extrêmement rapprochées, l'utérus a supporté trois interventions et un curettage, en donnant une cicatrisation parfaite et n'a cédé qu'à la fin de la quatrième grossesse.

OBSERVATION VII

M^{me} B. M., 22 ans.

**Deuxième césarienne haute itérative, un an après
la précédente.**

Antécéd. Obst. : Premier accouchement par césarienne haute faite à l'Hôtel-Dieu. Enfant vivant.

Entre, vingt-trois mois après la précédente césarienne, dans le service, étant un mois avant terme.

On intervient au terme présumé avant tout début de travail. Intervention sous-anesthésie générale, chloroforme. Incision sur l'ancienne cicatrice, ouvrant de part et d'autre les gaines des droits. Le péritoine ouvert, *il existe seulement quelques adhérences épiploïques vers la corne utérine droite. Il est impossible de trouver sur l'utérus la trace de l'incision de la première césarienne.* Incision empiétant sur le fond, isolement de l'œuf, ouverture, extraction. Enfant vivant. Suture de l'utérus en un plan brady-catgut n° 2, paroi quatre plans. *Suites de couches normales.*

La mère et l'enfant quittent le Service en bon état.

OBSERVATION VIII

M^{me} B. Ma., 25 ans.

Troisième césarienne haute itérative onze heures après la rupture de la poche des eaux.

Revue trois ans et demi après la précédente intervention paraissant enceinte de six mois environ. (Juin 1929.)

Aurait été prise de violentes douleurs en février et aurait consulté à la Fère-Champenoise. Une intervention immédiate aurait été envisagée pour kyste de l'ovaire. Aucun renseignement précis ne peut être obtenu du confrère. L'exploration ne montre rien d'anormal. Il est convenu que la malade entrera à la Maternité deux semaines avant terme, pour être opérée au début du travail.

Ramenée d'urgence deux mois plus tard vers une heure du matin. Rupture de la poche des eaux la veille vers 22 heures. Contractions douloureuses violentes. A 9 heures (11 heures après rupture de la poche des eaux), col mou effacé. La tête est haute sans aucune tendance à descendre. Fond utérin à 27 centimètres. Intervention sous rachiscuro-

caïne (nausées et quelques vomissements). Laparatomie sur la cicatrice, sans bien repérer la ligne blanche. *Une adhérence épiploïque peu étendue. Pas de cicatrice visible sur l'utérus. Quelques membranes transparentes vers les annexes droites et le cul-de-sac vésico-utérin.* Extériorisation. Incision de l'utérus saignant peu, rencontrant le placenta qui s'énucle spontanément et l'œuf paraissant entier à ce moment. Enfant petit, pesant 1.860 grammes, un peu étonné. Suture utérine en 1 plan brady catgut par points serrés. Paroi 1 plan fil de bronze.

Suites de couches normales. Mère et enfant quittent le service en bon état.

OBSERVATION IX

M^{me} Pi. L., 35 ans.

Césarienne haute pour non-engagement de la tête chez une femme ayant un bassin généralement rétréci et canaliculé.

Anteced. obst : 7^e pare.

1^{er} Accouch. : version, enfant mort-né.

2^e Accouch. : forceps, enfant vivant.

3^e Accouch. : forceps, enfant vivant.

4^e Accouch. : version, enfant mort-né.

5^e Accouch. : fausse couche de 2 mois.

6^e Accouch. : version, enfant vivant.

La femme arrive vers 20 heures dans le service, ayant de fortes douleurs. Présentation céphalique très élevée. Dilatation petite paume. Membranes intactes. Contractions très fortes le lendemain. Vers 13 h. 30, rupture des membranes, liquide teinté. Tête très élevée, fixée au D. S. Dilatation presque complète. Bruits du cœur bons. On fait pousser la

femme pendant plus d'une heure. Tête toujours élevée semblant coincée en asynclitisme postérieur. Col revenu sur lui-même. Dilatation entre 5 frs et petite paume. On décide l'intervention. Césarienne classique. Extraction d'un enfant né étonné, ranimé au bout de quelques minutes. Poids : 4.450 gr. Suture de l'utérus après extraction du placenta. *On constate au niveau du segment inférieur sur la paroi antérieure de l'utérus un hématome du volume d'une noix. Cet hématome ne paraissant pas augmenter, on ne tente à ce niveau aucune intervention.* Suture de la paroi en 4 plans.

Suites de couches subfébrile les 6 premiers jours, ensuite normales.

La mère et l'enfant partent le 21^e jour en bon état.

OBSERVATION X

M^{me} Pi. L.

Césarienne haute itérative. Rupture de la poche des eaux 17 heures avant l'intervention

La femme revient 20 mois après la précédente césarienne, ayant perdu les eaux depuis deux heures du matin. Terme : 8 mois 1/2 environ. Hauteur utérus : 35 cm. Auscultation positive. Présentation très élevée. On décide l'intervention.

Anesthésie générale à l'éther, après échec de la rachianesthésie. Césarienne classique. Incision de l'utérus sur l'ancienne cicatrice, mais la débordant vers le haut. *(La cicatrice de l'utérus semble être excellente.* On tombe sur la zone placentaire. Extraction d'un enfant mort apparente, ranimé après vingt minutes de soins. Poids : 3 kg. 640. Extraction du placenta. Suture de l'utérus. Suture de la paroi en 3 plans.

Suites de couches normales. La femme et l'enfant quittent la maternité après 22 jours en excellent état.

OBSERVATION XI

M^{me} Co. L., 24 ans.

**Césarienne haute pour non-progression du travail
chez une femme ayant un bassin généralement rétréci.**

Antéc. Obst : 1 accouchement prématuré, enfant mort-né.

Femme en travail depuis 24 heures. A terme. Tête mobile, très défléchie. La dilatation progresse lentement, tête tendance à s'engager par le front. Membranes intactes. Bruits du cœur bons. On décide d'intervenir. Césarienne classique. L'incision de l'utérus tombe sur la placenta que l'on décolle complètement. Ouverture des membranes. Liquide amniotique normal. L'extraction de l'enfant est rendue très pénible par la rétraction de l'anneau de Bandl, sur la tête fœtale. Enfant né étonné, ranimé après quelques minutes de soins. Iodage de la cavité utérine. Suture de l'utérus. Suture de la paroi en 4 plans.

Suites de couches normales.

La femme et l'enfant quittent le service en excellent état.

OBSERVATION XII

M^{me} Co. L.

Césarienne haute itérative au début du travail.

Revient 19 mois après la précédente césarienne. A terme. Douleurs depuis 7 heures. Tête très mobile au D. S. fuyant dans fosse iliaque gauche. Col en voie d'affacement. Dilatation 2 frs. Membranes intactes. On décide intervention. Césarienne classique. Incision de la paroi sur l'ancienne cicatrice. *Quelques rares adhérences épiploïques* que l'on décolle et sectionne. Utérus développé en transvers qu'on exté-

riorise. *Incision sur l'ancienne cicatrice qui paraît très solide.* Liquide amniotique teinté de méconium. Extraction de l'enfant pesant 3.650 gr. et qui crie immédiatement. Décollement facile du placenta et des membranes. Suture de l'utérus. Suture de la paroi en 3 plans, après résection de l'ancienne cicatrice.

Suites de couches normales.

La femme et l'enfant quittent le service le 20^e jour en bon état.

OBSERVATION XIII

M^{me} Pa. M., 37 ans.

Césarienne haute pour bassin généralement rétréci.

Promontoire à 8,5.

Primipare. A terme. Utérus contracté. Tête très élevée qui déborde quand on l'applique au D. S. On décide d'intervenir par voie haute. Rachianesthésie. Intervention classique. L'incision de l'utérus tombe sur le placenta qu'on décolle rapidement. On extrait rapidement l'enfant qui naît couvert de méconium, en mort apparente. Ranimé après 25 minutes de soins. Liquide amniotique modifié. Membranes déchirées. Suture de l'utérus. Suture de la paroi (qui est très mince), en 4 plans. Poids de l'enfant : 3.150 gr.

Suites des couches normales.

La femme et l'enfant partent le 21^e jour en excellent état.

OBSERVATION XIV

M^{me} Pa. M.

Césarienne haute itérative.

Revient 18 mois après la précédente césarienne. A terme. Membranes intactes. Dilatation 2 frs. Aucun engagement. Tête

dans l'hypocondre droit. Au D. S. présentation du siège complet, mode des fesses. On décide d'intervenir. Après avoir tenté sans succès la rachianesthésie, anesthésie générale à l'éther. Csarienne classique. Extraction d'un enfant qui crie presque immédiatement, pesant 3.540 gr. Décollement du placenta. Membranes très adhérentes. Suture de l'utérus. Suture de la paroi en 4 plans.

En incisant la paroi, résection de la cicatrice. On trouve de nombreuses adhérences du péritoine à l'utérus, principalement du côté droit et au niveau de la corne droite.

Suites des couches, température entre 37 et 37°2. Pouls entre 80 et 100.

Mère et enfant quittent le service le 22^e jour en bon état.

OBSERVATION XV

M^{me} Be. Ne., 24 ans.

Césarienne haute pour bassin généralement rétréci.

Antécéd. obst. 4^e pare. Bassin rétréci dans toutes ses dimensions, sacrum incurvé.

1^{er} Accouchement, enfant mort 24 h. après naissance.

2^e Accouchement, enfant mort-né (les deux accouchements à évolution spontanée).

3^e Accouchement, 2 ans plus tard. On essaie de provoquer l'accouchement au huitième mois par ballon, sans obtenir le début du travail. La malade rentre chez elle pour revenir à terme pour césarienne. A peine rentrée, le travail commence. Mort de l'enfant.

Entre, deux plus tard, à la suite de douleurs avec empreintes et ténésmes vésicaux, qui sont généralement le prélude de l'entrée en travail. A l'entrée aucun signe. Les douleurs ont cessé. La journée et la nuit du lendemain se passent dans le calme complet. Pertes de glaires.

Le surlendemain, début du travail à 10 heures du matin. Le soir à 19 heures la présentation est toujours aussi haute, malgré les douleurs répétées. Poche des eaux intacte.

A 19 heures, intervention sous balsoforme. Laparotomie médiane. Césarienne classique. Extériorisation de l'utérus. Membranes friables ne se laissant pas décoller. Extraction de l'enfant étonné. Il ne crie qu'au bout de 10 minutes. On a quelques difficultés pour enlever toutes les membranes qui se fragmentent. Suture de l'utérus brady-catgut n° 2. Paroi très mince. Gros écartement des droits. La préparation est délicate. Suture en 4 plans.

Suites de couches normales. Mère et enfant quittent le service en bon état.

OBSERVATION XVI

M^m* Be. Ne., 26 ans.

Deuxième césarienne itérative pour bassin généralement rétréci.

Deux ans plus tard rentre de nouveau dans le service presque à terme, ayant eu quelques douleurs. Aucun engagement. Palper, rien au D. S., tête dans l'hypocondre G. Utérus qui se contracte, tendu. Bruits du cœur bons. Intervention. L'extériorisation de l'utérus provoque la rupture de la poche des eaux. *La cicatrice utérine est solide mais irrégulière. On voit des traces de fils. Incision sur la cicatrice épaissie.* L'incision tombe dans le placenta incisé dans sa moitié inférieure, qui se décolle d'ailleurs facilement. On sort l'œuf. Extraction d'un garçon de 4.175 gr. 3 circulaires lâches du cordon. Enfant un peu étonné. Décollement facile des membranes sauf dans le col où elles se déchirent.

Suture au brady-catgut n° 2, points séparés. Hémorragie

peu abondante. Paroi en 1 plan, fils de bronze pour ne pas prolonger l'intervention.

Après l'intervention, la température est 37°8. Pouls un peu irrégulier mais bien frappé. Langue humide. Ballonnement abdominal. Glace sur le ventre. Sérum physiologique. Tonicardiaques.

Les jours suivants, la femme a des vomissements qui deviennent franchement bilieux. Lavage d'estomac. La température descend entre 37 et 37°5.

Ensuite suites normales. Enfant et mère partent le 21^e jour en bonne santé.

OBSERVATION XVII

M^{me} Le. L., 22 ans.

Césarienne haute pour bassin généralement rétréci.

Antécéd. obst. primipare.

Entre dans le service deux mois avant terme. Bassin généralement rétréci. Diam. utile 8,5 à 9. Début du travail, la femme étant à terme, vers 8 h. 30. Utérus ovoïde, hauteur 32. Contractions fréquentes. Tête élevée, non engagée, glissant vers la fosse iliaque gauche. Vers 13 h. 30 B. du C. fœtal irréguliers et sourds. Poche des eaux très volumineuse intacte. Dilatation 2 frs. Intervention sous-anesthésie gén. chloroforme. Au cours de la toilette vaginale, la poche des eaux se rompt. Ecoulement de liquide vert.

Incision classique. Extériorisation de l'utérus. Incision utérine qui ne rencontre pas le placenta. Extraction d'un enfant qui est ranimé assez péniblement. Délivrance. Difficulté pour extraire les membranes au niveau du segment inférieur. Suture de l'utérus au brady-catgut n° 2. Suture de la paroi en 4 plans.

Suites normales fiévreuses les 7 premiers jours.

Mère et enfant quittent le service le 23^e jour en bonne santé.

OBSERVATION XVIII

M^{me} Le. L., 25 ans.

Deuxième césarienne haute itérative classique pour dsproportion fœto-pelvienne.

Antécéd. obst. 1^{er} Accouchement, césarienne haute pratiquée à l'Hôtel-Dieu de Laon.

Revient vingt-deux mois après à terme. Présentation Oiga, tête mobile au D. S. Poche des eaux intacte. Bruits du cœur bons. Col qui commense à se dilater. Disproportion fœto pelvienne.

On décide une intervention. Anesthésie rachi. Césarienne classique. Pas d'adhérences. Extériorisation. Incision. Rupture des membranes. Liquide normal. Extraction d'un enfant vivant pesant 3.120 gr. Délivrance facile. Suture de l'utérus au brady-catgut n° 2^e. Suture de la paroi abdominale en 4 plans. La femme se sent bien. Pouls : 100. L'utérus se rétracte normalement.

Le lendemain la femme souffre. Vomissements. Quelques crins ont sauté et la paroi suinte. *On redescend la malade dans la salle d'opération. Ouverture de la paroi. Les catguts du plan musculaire avaient sauté, et des anses intestinales étaient venues faire hernie dans la plaie.*

Suture de la paroi plan par plan en employant un surjet de soie pour le plan aponévrotique. Sérum. Morphine.

La femme se sent bien.

Suites de couches fébriles, puis normales.

Enfant et mère quittent le service en bon état.

OBSERVATION XIX

M^{me} Ma. Ic., 21 ans.

**Césarienne haute itérative pour non-progression
du travail dans le bassin limite.**

Membranes rompues depuis sept heures.

Antéc. obst. Césarienne haute quinze mois plus tôt. Garçon vivant.

A l'entrée douleurs accusées toutes les dix minutes, se rapprochant de plus en plus. Tête élevée, mobile, tangente au D. S. Col en voie d'effacement. Dilatation 1 fr. Auscultation positive. Aucune tendance de la tête à se fixer. On décide intervention. Rachianesthésie. Césarienne haute classique. Extraction d'un enfant vivant pesant 2.980 gr. Délivrance. Suture de l'utérus. Suture de la paroi en 4 plans.

Suites de couches normales, Légère suppuration cutanée.

Femme et enfant quittent le service le 20^e jour en bon état.

OBSERVATION XX

M^{me} Lar., 33 ans.

**Césarienne haute itérative pour bassin
généralement rétréci.**

Sept heures après rupture de la poche des eaux.

Antéc. obst. 1^{er} accouchement 8 ans plus tôt. Fausse couche de 3 mois 1/2. Métrorragies consécutives. 2^e accouchement, césarienne haute, il y a 7 ans. Enfant vivant, pesant 2.950 gr. A suivi un traitement antispécifique. Vient aux consultations prénatales.

A l'arrivée dans le service la femme a quelques douleurs. Elle perd les eaux et des glaires. Tête mobile au D. S. Pré-

sensation élevée mais qui ne déborde pas. Col mou largement perméable. On décide intervention (7 heures après la rupture de la poche des eaux). Rachianesthésie; césarienne classique. *On tombe sur de nombreuses adhérences qu'on libère en partie.* Extériorisation de l'utérus. *On remarque au niveau du fond utérin la présence de l'ancienne cicatrice. Cette zone est abondamment pourvue de nombreux gros vaisseaux. Incision de l'utérus. Cette incision porte sur la partie antérieure de l'utérus, mais plus à droite de la première cicatrice, tout en descendant plus bas.* On tombe sur le placenta. Extraction d'un garçon vivant, criant aussitôt, pesant 3.950 gr. Extraction de l'A F. Suture de l'utérus et enfouissement. Réfection de la paroi abdominale, rendue difficile par la présence de nombreuses adhérences épiploïques, qu'on libère en grande partie. Suture de la paroi en 4 plans.

Suites de couches : le 12^e jour, la femme a une forte élévation thermique, accélération du pouls. Col sain mais encore béant, laissant écouler des lochies nettement purulentes. L'utérus est encore gros, mais non douloureux, les culs-de-sac sont souples et non douloureux sous l'influence du traitement (vaccin Bruchetini, glace, urotropine, injections vaginales, lavements), la température baisse progressivement. L'état général reste bon.

La femme et l'enfant quittent le service le 29^e jour.

OBSERVATION XXI

M^{me} Bo. Ab., 42 ans.

Césarienne haute pour non-progression du travail.

Bassin généralement rétréci.

Membranes rompues depuis 24 heures.

Antécéd. obst. 1 acc. 9 ans plus tôt. Normal. 1 deuxième acc. 7 ans plus tôt. Normal.

La femme arrive à la maternité pour mauvaise présentation. Elle dit avoir des douleurs depuis deux jours. Au palper : fœtus transverse, tête dans la fosse iliaque gauche, non engagée, débordant. Col dilaté entre 2 et 5 frs. Le lendemain, tête très défléchie, col dilaté entre petite et grande paume, membranes rompues depuis 24 heures. On décide d'intervenir par voie haute. Rachianesthésie. Césarienne classique. L'incision de l'utérus tombe sur le placenta inséré sur la face antérieure de l'utérus. Extraction d'un enfant vivant pesant 3.010 gr. Extraction du placenta et des membranes. Suture de l'utérus. Sutures de la paroi abdominale 4 plans. L'expression utérine chasse du sang liquide en abondance. Pas d'hémorragie.

Suites de couches normales. Femme et enfant quittent le service en bon état le 27^e jour.

OBSERVATION XXII

M^{me} Lé AL., 35 ans.

Césarienne haute pour non-progression du travail.

Rupture de la poche des eaux depuis 22 heures.

Antécéd. obst. : 6^e pare. 5 accouchements normaux (pépétits), sauf le deuxième (forceps), enfant mort à deux jours.

La femme arrive à la maternité après des tentatives infructueuses de forceps. A l'examen, tête mobile, non engagée, débordant au D. S. Membranes rompues depuis 22 heures. On décide d'intervenir. Rachianesthésie. Césarienne classique. Paroi très mince. L'incision doit être faite avec de grandes précautions pour éviter de blesser l'intestin, qui est météorisé. On tombe sur la masse intestinale qui fait hernie et qu'on réintègre avec difficulté. Extériorisation pénible de l'utérus. L'incision de l'utérus tombe sur le placenta. Extraction sans difficulté de l'enfant né étonné et ranimé au bout de 10 minutes de soins : 3.240 gr. Purée de méconium. Décollement

et extraction des membranes et du placenta. Nettoyage à l'éther de la cavité utérine et de la paroi extérieure. Suture de l'utérus. On constate *une déchirure du péritoine près de la trompe gauche. On procède à la suture. On produit une hémorragie qui est difficilement arrêtée par pincement et ligatures.* Expression de l'hématome sous-péritonale. Suture du péritoine. Fermeture de la paroi abdominale en un plan au fil de bronze.

La femme et l'enfant quittent la maternité en bon état, le 21^e jour.

Suites de couches normales.

OBSERVATION XXIII

M^{me} Tr. Io, 30 ans.

Césarienne haute pour bassin généralement rétréci.

Poche des eaux rompue depuis 15 heures.

Primipare. A terme. La femme dit avoir eu des douleurs depuis la veille. Tête mobile au D. S. qui déborde. Dos à gauche. Auscultation positive. Excavation vide. Dilatation 1 fr. Poche des eaux rompue. On reste dans l'expectative jusqu'au lendemain matin. Position inchangée. On décide d'intervenir. Césarienne haute classique. Extériorisation de l'utérus. L'incision tombe sur la poche des eaux. Ecoulement assez abondant de liquide amniotique normal. Extraction d'un garçon vivant (pesant 3.480 gr.), né étonné et ranimé après 25 minutes de soins. Extraction de l'A. F. Suture de l'utérus. Suture de la paroi en 4 plans.

Suites de couches normales non fébriles.

La mère et l'enfant quittent le service le 23^e jour en bon état.

OBSERVATION XXIV

M^{me} Se. Ph., 19 ans.

Césarienne haute pour bassin généralement rétréci.

13 heures après rupture de la poche des eaux.

Primipare. Etait venue aux consultations prénatales.

Entre dans le service 1 mois avant l'intervention. Le 23 juillet, début du travail. Rupture de la poche des eaux vers 7 heures, liquide légèrement teinté de méconium. Vers 15 heures, contractions très fortes rapprochées. Vers 19 heures, col en voie d'effacement. Dilatation 1 fr. Tête très élevée, mobile, qui déborde. B. du C. bons. On décide d'intervenir. A 20 heures (13 heures après la rupture de la poche des eaux), rachianesthésie. Césarienne classique. L'incision de l'utérus tombe sur le placenta. Extraction d'un enfant vivant, criant de suite. Extraction du placenta. Membranes très adhérentes. Suture de l'utérus. Suture de la paroi en 4 plans.

Suites des couches normales. Pas de fièvre.

La femme et l'enfant quittent le service en excellent état le 21^e jour.

Femme syphilitique ayant subi, pendant la grossesse, un traitement antispécifique (Acétylarsan).

OBSERVATION XXV

M^{me} Ba. La., 40 ans.

Césarienne haute pour dystocie de la dilatation chez une femme ayant été opérée pour cloisonnement du vagin. Rupture des membranes 13 heures avant l'intervention.

Au toucher on ne sent pas de cul-de-sac. Col reporté à droite, très petit. Orifice médiane d'où s'écoulent des mucosi-

tés. A l'union de cul-de-sac postérieur et latéral droit très en haut et en avant, on constate une petite dépression triangulaire qui ne semble pas aller dans la profondeur et représenterait une cicatrice de l'intervention antérieure.

De cet orifice s'écoulent des mucosités (secrétions vaginales probablement). Les parties molles semblent souples. Rupture prématurée des membranes. Pas de dilatation. Douleurs de plus en plus rapprochées. Fœtus engagé. On décide d'intervenir. Rachianesthésie. Césarienne classique. Extériorisation de l'utérus, qui présente un grand développement de la corne droite par rapport à la corne gauche. Le segment inférieur est distendu. L'utérus cylindrique. Incision de l'utérus. Extraction d'un enfant pesant 3.400 gr., vivant. Délivrance artificielle. Exploration de la cavité utérine. Présence d'un col unique perméable, sans cloisonnement. Suture de l'utérus. On extirpe un petit fibrome sous péritonéale (volume d'une noix), implanté sur la face antéro-latérale gauche de l'utérus.

Suites de couches normales.

Mère et enfant quittent le service en bon état le 27^e jour.

OBSERVATION XXVI

M^{me} La. Gé., 39 ans.

**Césarienne haute pour non-progression du travail
(après 27 heures de travail).**

Membranes rompues depuis 13 heures. Bassin normal.

Antécéd. obst. 10 accouchements antérieurs normaux.

Toutes les suites de couches normales.

On décide une intervention par voie haute. Rachianesthésie. Césarienne classique. Extraction d'un enfant pesant 3.380 gr. Décollement et extraction du placenta. Iodage de la

cavité utérine. Suture de l'utérus. Suture de la paroi abdominale en 4 plans.

Suites de couches normales.

Femme et enfant quittent la maternité le 20^e jour en bon état.

OBSERVATION XXVII

M^{me} Ju. Lu., 30 ans.

Césarienne haute pour excès de volume du fœtus.

Intervention 11 h. 30 après rupture des membranes.

Antécéd. obst., 1 accouchement deux ans plus tôt par forceps, enfant mort-né (5.500 gr.).

Bassin paraissant normal. A l'examen, tête très élevée, col perméable. Poche des eaux rompue. Contractions subintrales. On décide d'intervenir. Rachianesthésie. Césarienne classique. Extraction de l'enfant né étonné, ranimé après 10 minutes de soins (poids : 5.300 gr.). Délivrance artificielle. Suture de l'utérus. Suture de la paroi en 4 plans.

Suites de couches normales.

La femme et l'enfant partent en bon état le 21^e jour.

OBSERVATION XXVIII

M^{me} Me. Je., 23 ans.

Césarienne haute pour bassin rétréci.

Rupture de la poche des eaux

8 heures avant l'intervention.

Primipare. Traitée préalablement pour vaginite.

Rupture précoce de la poche des eaux. Quelques douleurs. Dilatation à 2 fr. Présentation élevée. Tête au-dessus du D. S. en hyperflexion. On tombe sur la fontanelle postérieure pres-

que au centre du bassin. B. du C. bons. Température, 37°2. Pouls, 76. Après 8 heures d'attente, on décide intervention. Rachianesthésie. Césarienne classique. L'incision tombe sur la zone placentaire. Extraction d'un enfant étonné, ranimé après 15 minutes de soins, pesant 3.370 gr. La femme saigne. Injection de 2 cm³ d'ergotine. Extraction du placenta. Suture de la paroi en 4 plans.

Suites de couches normales sans élévation de température.

La femme et l'enfant quittent le service le 29^e jour en bon état.

OBSERVATION XXIX

M^{me} An. Ge., 19 ans.

Césarienne haute pour bassin généralement rétréci.

Intervention 7 h. 30 après la rupture des membranes.

Antécéd. obst. Primipare. A terme. H. U. : 35. Tête très élevée, mobile, qui déborde. Col perméable en voie d'effacement. Membranes rompues, liquide normal. Dilatation : 2 frs. On décide d'intervenir. Rachianesthésie. Césarienne classique. Extériorisation de l'utérus assez difficile à cause de son gros volume. Incision de l'utérus sur la ligne médiane. On tombe sur le placenta. Décollement complet du placenta. Ouverture de l'œuf, qui permet l'écoulement d'un liquide très abondant. Extraction de l'enfant, né étonné, pesant 3.470 gr. Extraction de membranes par lambeaux. Suture de l'utérus. Suture de la paroi abdominale, 4 plans.

Suites de couches normales.

Femme et enfant quittent le service en bon état.

OBSERVATION XXX

M^{me} Hu. An., 27 ans.

**Césarienne haute pour bassin généralement rétréci.
Intervention 6 h. 30 après rupture de la poche des eaux.**

Primipare.

Entrée dans le service. Bassin généralement rétréci. Début du travail présumé vers 1 h. du matin. Vers 9 heures, l'examen montre une présentation céphalique. Dilatation lenticulaire. Col petit, très éloigné. Il se produit une rupture accidentelle de la poche des eaux. La femme a des contractions très régulières, mais la tête reste toujours très mobile au-dessus du D. S. et paraît assez volumineuse. Le bassin est rétréci dans toutes ses dimensions. Promontoire aux environs de 9 cm. On décide une césarienne. (B. du C. bons). A 15 h. 30. intervention sous anesthésie générale à l'éther, pour disproportion fœto-pelvienne. Procédé habituel. Extraction d'un enfant à peine étonné, pesant 3.100 gr. Placenta 530 gr. Suture de l'utérus brady-catgut n° 2. Suture en 4 plans. Pendant l'opération, injection de 2 cm³ d'ergotine.

Suites de couches normales.

L'enfant et la mère quittent le service en bon état le 21^e jour.

OBSERVATION XXXI

M^{me} Ca. Ju., 22 ans.

**Césarienne haute pour bassin généralement rétréci
et aplati. Membranes rompues depuis deux heures.**

Antécéd. obst., 1^{er} accouchement, forceps, enfant mort-né.
Femme en travail depuis 24 heures, tête toujours mobile.

Enfant vivant. Dilatation stationnaire. La tête débordant nettement, on décide d'intervenir. Rachianesthésie. Césarienne classique. Extériorisation de l'utérus et incision sur la face antérieure et le fond utérin. La femme saigne. Décollement de l'œuf. On perce les membranes, pour extraire l'enfant qui crie immédiatement. Extraction du placenta. Suture de l'utérus. Suture de la paroi en 4 plans.

Suites de couches normales.

Femme et enfant quittent le service le 26^e jour en bon état.

OBSERVATION XXXII

M^{me} Sc. L., 23 ans.

Césarienne haute pour bassin généralement rétréci.

Antéc. obst. 2^e pare, 1^{er} acc. enfant mort-né, basiotripsie.

La femme entre deux semaines avant l'intervention dans le service, pour rester en observation. Le 16 septembre, elle perd ses eaux, ayant des douleurs depuis plusieurs heures. A terme. Tête très mobile, surplombant le D. S., dos à gauche. Ventre en besace. Col présentant des languettes sur les parties latérales, les sutures faites à l'accouchement antérieur n'ayant pas repris. *On intervient deux heures après la rupture de la poche des eaux.* Rachianesthésie. Césarienne classique. L'incision de l'utérus tombe sur le placenta. Extraction d'un enfant vivant pesant 3.230 grammes. Extraction du placenta. Suture de l'utérus. Suture de la paroi en 4 plans.

Suites de couches normales.

Femme et enfant quittent le service le 20^e jour, en bon état.

OBSERVATION XXXIII

M^{me} De. Er., 30 ans.

Césarienne haute pour bassin rétréci.

1 heure après rupture des membranes.

Antéc. obst. 5^e pare. 4 accouchements antérieurs pénibles mais par voie naturelle.

Entre dans le service le 7 août.

A l'examen : bassin rétréci, P. S. P. 10 cm. Promontoire saillant. Présentation céphalique. Tête très mobile au-dessus du détroit sup., dos à gauche. Col mou, dilatable. Bruits du cœur bons.

Le 15 août, vers 2 heures, la femme perd les eaux. Liquide teinté de méconium. La présent. céphalique est fortement appliquée au détroit supér., mais bute sur le promontoire. Dilatation 5 frs. Bruits du cœur irréguliers.

Vers 3 heures, intervention. En incisant, on tombe sur le placenta, qui saigne abondamment. On le ramène sur la droite et on extrait rapidement l'enfant qui se présente par le sommet et qui pèse 3.850 grammes. Il crie de suite. L'utérus saigne abondamment. Délivrance artificielle et injection de gynergène. Suture de l'utérus. Suture de la paroi en 4 plans. L'hémorragie s'arrête. Pouls : 104.

Les suites de couches subfébriles, température 36°8 à 37°8, puis normales.

La femme et l'enfant partent en bon état le 25^e jour.

OBSERVATION XXXIV

M^{me} Pa. Ic., 32 ans.

Césarienne haute pour bassin généralement rétréci

Antéc. obst. 1^{er} acc., 9 ans plus tôt, prématuré, provoqué à 8 mois 1/4 à la maternité de Lyon. Enfant vivant pesant

3.270 grammes. La femme vient aux consultations prénatales. B. W. pratiqué, négatif.

A l'entrée, douleurs tous les quarts d'heure, tête élevée mobile, et qui déborde quand on l'applique du D. S. Auscultation positive. Col en voie d'effacement. Dilatation 2 fr. Membranes intactes. On atteint à bout de doigt le sommet, placé transversalement au-dessus du D. S. La tête vient buter contre le promontoire, quand on tente de l'engager à travers la paroi abdominale. On décide d'intervenir. Rachianesthésie. Césarienne classique. L'incision de l'utérus tombe sur le placenta qu'on écarte. Extraction d'un enfant vivant pesant 3.860 grammes et qui crie immédiatement. Extraction de l'A. F. Suture de l'utérus. Suture de la paroi en 4 plans. A la fin la femme est un peu agitée et on complète l'anesthésie par de l'éther.

Suites de couches normales non fébriles.

La femme et l'enfant quittent le service le 21^e jour, en bon état.

OBSERVATION XXXV

M^{me} Mi., 21 ans.

Césarienne haute pour bassin généralement rétréci

Antéc. obst. Primipare.

La femme a des douleurs. H. U. 30. Terme 8 mois 1/2 environ. Tête mobile au D. S., qui déborde. Auscultation positive. Col en voie d'effacement, non perméable. Présentation difficilement accessible. On fait de la morphine, la femme n'étant pas à terme. 10 heures plus tard, les tissus sont œdématisés. Segment inf. infiltré. Col long non perméable. On décide une césarienne. On tente plusieurs fois l'anesthésie rachidienne, sans succès. Anesthésie générale à l'éther. Césarienne classique. Piqûre d'ergotine. Incision de la paroi

abdominale qui est très mince. Extériorisation de l'utérus. On tombe dans la zone placentaire. Extraction de l'enfant, pesant 2.875 grammes, né étonné et ranimé après 15 minutes de soins. Décollement et extraction du placenta et des membranes. A travers la paroi utérine on introduit une pince dans le col, dans le but de le rendre perméable. Suture de l'utérus. Suture de la paroi en 4 plans. La femme ne saigne pas.

Suites de couches subfébriles, température entre 37 et 38°.

La femme et l'enfant quittent le service en bon état le 32^e jour.

OBSERVATION XXXVI

M^{me} Fé., 28 ans.

Césarienne haute pour bassin généralement rétréci

Antéc. obst. 4 acc. normaux antérieurs, enfants petits.

A l'entrée, tête au-dessus du D. S. Col diminué de longueur; dilatation 5 frs. Enfant vivant. Bassin rétréci latéralement. Promontoire 10,5-9 cm. On décide d'intervenir. Césarienne classique. Extériorisation de l'utérus. Incision médiane, qui tombe sur le placenta et qui est extrait en totalité. Extraction rapide de l'enfant vivant, sans difficulté. Suture de l'utérus. Suture de la paroi en 4 plans.

Suites de couches normales.

Femme et enfant partent le 20^e jour en bon état.

OBSERVATION XXXVII

M^{me} Fr. Je., 24 ans.

Césarienne haute pour bassin généralement rétréci

A l'entrée, la femme est presque à terme. Bassin généralement rétréci. Tête mobile au-dessus du D. S. Auscultations

positives. Huit jours après, la femme est prise vers minuit de douleurs. La tête est toujours mobile au-dessus du détroit supérieur. B. du C. bons. Vers 11 heures, la dilatation est de 2 frs environ. Poche des eaux intacte. La tête n'a aucune tendance à s'engager. On décide une intervention. Rachianesthésie. Césarienne classique. Extraction d'un enfant pesant 3.580 grammes. Délivrance artificielle facile.

Suites de couches subfébriles, puis normales.

Courbe en plateau, température entre 37 et 37°4.

La femme et l'enfant quittent le service le 20^e jour, en excellente santé.

OBSERVATION XXXVIII

M^{me} Mon., 31 ans.

Césarienne haute pour hémorragie due à placenta praevia.

Antéc. obst. 1^{er} accouchement, 2 ans plus tôt, d'un enfant vivant, pesant 3.500 grammes, par application de forceps. Suites de couches normales.

Actuellement presque à terme. La femme est amenée dans le service pour hémorragie. Pouls 116. Col diminué de longueur, dilatation 1 fr. On tombe sur le placenta. Présentation inaccessible. On décide d'intervenir, après avoir remonté un peu l'état général de la malade. Tonicardiaques, sérum. La femme faisant des syncopes, on la met en déclive. Rachianesthésie. Césarienne classique. Extraction d'un enfant qui naît en état de mort apparente, ranimé après 15 minutes de soins. Décollement du placenta et extraction. Hémorragie intérieure. Suture de l'utérus. Suture de la paroi en 1 plan aux fils de bronze. La femme remise horizontalement présente un état syncopal, qui oblige à la remettre en déclive. Le pouls est imperceptible. Tonicardiaques (huile camphrée, éther, caféine, spartéine, etc...). *L'injection d'un litre de sérum phy-*

siologique provoque de l'œdème de la face. La femme reste encore pendant deux heures dans la position déclive. Le poulx redevient progressivement perceptible. Pouls : 116.

Suites de couches normales.

La mère et l'enfant quittent le service le 27^e jour, en excellent état.

OBSERVATION XXXIX

M^{me} Ba., 27 ans.

Césarienne haute pour hémorragie due à placenta praevia

Antéc. obst. 1 acc. normal 8 ans plus tôt. Une fausse couche de 3 mois, 2 ans plus tôt.

La femme est envoyée par son médecin traitant pour placenta praevia. Tête mobile et très élevée au D. S. Auscultation positive. Quinze jours plus tard, la femme perd abondamment. Pouls 130. Col en voie d'effacement, perméable. Il est très difficile d'affirmer la présence et la position du placenta. La femme perdant toujours, on décide l'intervention. Rachianesthésie. Césarienne classique. Extériorisation de l'utérus. La femme pousse. Les anses intestinales font saillie au dehors. On les remet difficilement. Incision de la paroi utérine. Excès de liquide amniotique. Extraction de l'enfant vivant, pesant 2.570 grammes. La femme saigne pendant toute l'opération. Ergotine. Extraction du placenta, qui adhère fortement à la muqueuse au niveau du segment inférieur. Suture de l'utérus. Suture de la paroi abdominale en 1 plan aux fils de bronze. La femme ayant tendance à saigner, on lui fait de l'ergotine et de l'huile camphrée morphéinée.

Suites de couches normales.

La femme et l'enfant repartent 31 jours après l'intervention, en bon état.

OBSERVATION XL

M^{me} Ho. G., 19 ans.

Césarienne haute pour placenta praevia

La malade est vue par le D^r Lemarchal en consultation dans le courant de janvier, pour métrorragies d'importance modérée. C'est la deuxième fois, la première remontant à une quinzaine de jours. Suintement peu abondant. Dernières règles 18 avril, normales. Le terme serait vers le 18 février. On sent nettement un capitonnage du segment inférieur. Sommet non engagé.

Il est convenu que, sauf accident, la malade sera hospitalisée le 10 février pour césarienne au début du travail.

Première petite perte le 25 janvier, une autre le 6 février. Le 8 février, contraction douloureuse. La malade est aussitôt envoyée par son médecin, mais sans préciser l'indication. Début du travail le 8 février, vers 22 heures. Perte de sang assez abondante. L'état général n'est pas touché. Le 9 février, à 3 heures du matin, intervention d'urgence sous-anesthésie générale (balsoforme). Extériorisation de l'utérus. Incision, Décollement partiel de l'œuf. Extraction de l'enfant, dont la tête se présente, légèrement étonné. On décolle sans peine membranes et placenta qui couvre l'orifice interne et paraît être inséré en arrière et à gauche. Hémorragie insignifiante. Suture de l'utérus par points séparés de brady-catgut n° 2. Paroi abdominale 4 plans. Injection d'ergotine, sitôt la délivrance. Expression des caillots vaginaux. Pansements.

Le 9 et le 10, ventre souple. Pouls instable comme avant l'accouchement, d'ailleurs entre 100 et 120. Langue sèche, humide. Glace sur le ventre.

Suites de couches normales.

Enfant et femme quittent le service en bon état.

OBSERVATION XLI

M^{me} Fo. Lo., 40 ans.

**Césarienne haute pour coexistence de grossesse
et fibrome preavia. Hystérectomie en 2 temps.**

Antéc. obst. 11 acc. normaux.

A l'examen, tête au-dessus du D. S. Dilatation entre 5 frs et petite paume. Le travail n'avance pas. Gros fœtus. On sent une tumeur assez résistante, au niveau de la lèvre postérieure du col et qui occupe le cul-de-sac postérieur. On la repousse facilement, mais on ne peut pas la faire franchir le D. S. (fibrome probable). La femme a des contractions, mais la tête ne s'engage pas. On décide d'intervenir. Température 37°8, Rupture de la poche des eaux depuis 2 heures. Rachianesthésie. Césarienne classique. Extériorisation de l'utérus. Extraction d'un enfant vivant qui crie aussitôt. Hystérectomie en 2 temps. Ablation de l'utérus jusqu'au niveau du segment inférieur. Ablation d'un fibrome de petit volume, puis ablation du col. Fibrome discoïde. Réfection par voie abdominale de la paroi postérieure du vagin. Pose d'un drain n° 30 intravaginal. Réfection de la paroi aux fils de bronze et à l'aide de quelques crins. Intervention bien supportée par la femme. Après l'opération, la femme se sent bien. On lui administre un goutte-à-goutte rectal. 10 heures après l'opération, la femme se réveille, se sentant mouillée de sang. Sang liquide qui vient du vagin. On met la femme en déclive. Ergotine. L'hémorragie continue. Après une toilette iodée, on met deux tamponnements. 12 heures après, on enlève le tamponnement peu taché.

Suites de couches normales.

Femme et enfant partent en bon état le 22^e jour.

OBSERVATION XLII

M^{me} Eu. Lé., 44 ans.

Césarienne mutilatrice pour fibrome praevia.

Grossesse gémellaire. Bivitelline.

Membranes rompues depuis 19 heures

Antéc. obst. 9 acc. normaux, 1 avortement.

Entre dans le service vers 23 heures, disant avoir une grossesse gémellaire et des douleurs depuis quatre jours. Utérus contracté. Le palper ne donne aucun renseignement. H. U. 44 cm. Un seul foyer d'auscultation. Au toucher, présentation très élevée. Membranes rompues depuis 19 heures. La tête ne descend pas. On sent une tumeur que l'on essaie de repousser, mais qui revient toujours. On décide une intervention. Rachianesthésie. Césarienne classique. L'incision utérine tombe dans la partie inférieure sur le placenta. Elle est prolongée sur le fond de l'utérus. Extraction d'un enfant de 3.380 grammes, qui crie de suite. Cinq minutes plus tard, extraction d'un deuxième enfant de 3.230 grammes, cyanosé, ayant remis son méconium. Ranimé au bout de quelques minutes de soins. Aussitôt après la césarienne, on laisse le placenta en place et on pratique l'hystérectomie totale. Suture du vagin après pose d'un drain. Suture de la paroi en un plan aux fils de bronze. L'utérus n'a pas saigné. On trouve deux placentas juxtaposés. Sur 6 cm., aucune communication, 2 poches des eaux, ayant chacune 3 membranes. Insertion traie des cordons. Il s'agit donc d'une grossesse bivitelline, bifolliculaire.

Dans l'épaisseur de la paroi postérieure du segment infér. on trouve un fibrome ramolli qui est facilement énucléé et qui mesure 14 cm. diam. transv. et 10 cm. diam. antéro-post.

Après énucléation, il ne reste plus comme paroi que la séreuse.

La femme ne saigne pas. Pouls 80.

Suites de couches normales.

Mère et enfants quittent le service le 25^e jour, en excellent état.

OBSERVATION XLIII

M^{me} Mol... Je., 23 ans.

Césarienne haute pour bassin vicié, asymétrique, coxalgique

Primipare. Femme présentant une claudication unilatérale gauche très prononcée et un bassin asymétrique.

Ankylose de l'articulation coxo-fémorale gauche à la suite d'une coxalgie ayant débuté à 14 mois. Raccourcissement de la jambe gauche. Scoliose gauche. Asymétrie du thorax, partie latérale gauche et partie supérieure.

A l'examen, tête mobile, fuyant à gauche. Auscultation positive. Aucune tendance de la tête à s'engager. On décide d'intervenir. On essaie la rachianesthésie, mais on doit abandonner à cause de la lordose et de la scoliose très accentuées. Césarienne classique. Extraction d'un enfant pesant 3.450 gr. né étonné, ranimé après 15 minutes de soins. Suture de l'utérus. Suture de la paroi en 4 plans.

Suites des couches. Les trois jours qui suivent la césarienne, la femme fait des poussées fébriles de 38 à 38°6. Pouls à 120-128. Ensuite, tout redevient normal.

La femme et l'enfant quittent le service le 23^e jour, en bonne santé.

OBSERVATION XLIV

M^{me} L...

Césarienne haute après deux crises d'éclampsie

1^{re} crise vers 0 h. 30. Tens. art. 22/12.

2^e crise vers 2 h. 30. Saignée de 400 grammes.

On décide d'intervenir. Rachianesthésie. Césarienne classique. Extraction d'un enfant pesant 2.800 grammes. Mort apparente, mais battements cardiaques. Ranimé après 45 minutes de soins. Extraction de l'A. F. Suture de l'utérus. Suture de la paroi en 4 plans. La tension artérielle est tombée à 18 1/2-11. L'état général s'améliore de plus en plus. L'enfant fait deux accès de cyanose qui passent après un traitement par bains sinapisés. L'enfant meurt le cinquième jour (prématuré de 7 mois 1/2), malgré tous les soins.

Suites de couches normales.

La femme quitte le service en bon état de santé.

OBSERVATION XLV

M^{me} Go. Cl., 38 ans.

**Césarienne haute mutilatrice
pour hémorragie rétro-placentaire.**

Grossesse de 7 mois environ. Enfant mort-né

Antéc. obts. ; 2 fausses couches. 5 enfants vivants. Trois enfants décédés par méningite (à 3 mois, 5 mois et 3 ans).

A l'entrée, grossesse de 7 mois environ. Utérus très tendu. Présentation élevée. Col en voie d'effacement, ouvert, rigide. Membranes intactes. Femme pâle, fatiguée. Pouls 120, mal frappé. Urine albumineuse. Tens. art. 15 1/2-10 1/2. On remonte l'état général de la femme et on décide d'intervenir.

Laparatomie médiane, sus et sous-ombilicale. Extériorisation de l'utérus. Il s'écoule une sérosité sanglante dans le péritoine. L'utérus est très tendu, blanchâtre sur ses faces antérieures et postérieures, congestionné sur ses bords. Les ligaments larges sont infiltrés. Incision de l'utérus sur la face antérieure. On tombe sur l'hématome rétroplacentaire. Décollement rapide d'un œuf complet. Le muscle utérin est infiltré, congestionné et friable dans sa totalité, sauf au niveau de la zone placentaire qui est très anémiée. L'hystérectomie subtotal s'impose. On termine l'intervention selon la méthode classique. Fermeture de la paroi en un plan aux fils de bronze.

Suites de couches normales.

La femme part en bon état au bout de 21 jours.

OBSERVATION XLVI

M^{me} Al. Va., 23 ans.

Césarienne haute pour bassin achondroplasique.

Femme décédée par choc opératoire.

Enfant décédé le 9^e jour.

Antéc. obst.: Primipare.

Antéc.: Père âgé, incapable de travailler, mère morte de rupture de varices, 7 colatéraux, dont 3 morts à 27, 32 et 33 ans de tuberculose. 1 jumeau achondroplasique vivant. A marché très tard. Réglée à 15 ans. Règles régulières non douloureuses.

La femme arrive à la maternité deux mois avant terme pour se reposer. Examen général de la femme. Taille 1 m. 09. 23 ans. Tête développée normalement, très régulière. Bosse frontale saillante. Le voile du palais ne paraît pas ogival. Les dents chevauchent, mais ne sont pas crénelées. Volume du tronc en rapport avec la taille. Le thorax est normal. Les

seins sont normaux et développés comme pour l'âge de la femme. La colonne vertébrale est droite, le dos est aplati. Pas d'enselure lombaire. Les bras sont normaux et proportionnés à la taille. Les avant-bras sont incurvés, permettant la distorsion. Les mains arrivent à niveau des trochanters. Elles sont petites, massives, courtes et épaisses. Doigts à peu près égaux et courts. Les membres inférieurs sont courts, les cuisses proportionnées à la taille. Les tibias sont droits. L'extrémité supérieure du péroné est saillante. Les pieds sont épais et courts. Musculature bien développée. Organes génitaux normaux. Bassin généralement rétréci, état psychique intact.

Urines normales. T. A. 9 1/2-16 1/2.

Le 19 juillet, H. U. 37 à terme. Fœtus mobile au-dessus du D. S. Auscultation positive. Col petit, non perméable. La femme ayant eu quelques douleurs l'après-midi, on décide l'intervention. Anesthésie générale à l'éther. Césarienne classique. Extériorisation de l'utérus. Extraction d'un garçon vivant, pesant 2.940 grammes, qui crie presque aussitôt. Délivrance artificielle. Ergotine. La femme perd abondamment, écouvillonnage de la paroi utérine. Nettoyage à l'éther. Suture de l'utérus. Suture de la paroi abdominale en 4 plans. On enlève le masque à la femme, et celle-ci ayant un facies pâle et un pouls filant, on fait une injection de tonicardiques. Tractions de la langue, respiration artificielle. On fait à la femme une injection intra-cardiaque d'adrénaline, mais la femme expire aussitôt.

L'enfant ne présente rien d'anormal. Malgré les soins qui lui sont donnés, l'enfant maigrit toujours et tombe à 2.220 grammes. Il meurt le 9^e jour.

TABLEAU RÉCAPITULATIF DES CÉSARIENNES HAUTES

N° DE L'OBSERVATION RUPTURE DE LA POCHE DES EAUX DEPUIS	INTERVENTION	EN QUITTANT LE SERVICE		OBSERVATION
		ÉTAT DE LA MÈRE	ÉTAT DE L'ENFANT	
1. — —	Césarienne haute	bon	bon	Intervention apr. deux tentatives d'applicat. de forceps.
2. — Intacte	2 ^e césarienne itérative	bon	bon	
3. — Intacte	3 ^e césarienne itérative	bon	bon	
4. — Intacte	4 ^e césarienne itérative	bon	bon	
5. — Intacte	3 ^e césarienne itérative pour rétrécissement pelvien	bon	bon	2 césariennes antér. à Reims, 3 curettages.
6. — Deux jours	4 ^e césarienne itérative Hystérectomie après rupture utérine	bon	bon	Rupture incompl. de l'utérus au moment du travail.
7. — Intacte	2 ^e césarienne itérative	bon	bon	
8. — 11 heures	3 ^e césarienne itérative	bon	bon	
9. — 2 heures	Césarienne p ^r bassin généralement rétréci	bon	bon	6 ^e pare, ayant subi 2 forceps et 3 versions.
10. — 17 heures	2 ^e césarienne itérative	bon	bon	Femme précédente.
11. — Intacte	Césarienne p ^r bassin généralement rétréci	bon	bon	Travail depuis 34 h., non progression.
12. — Intacte	2 ^e césarienne itérative	bon	bon	Femme précédente.
13. — —	Césarienne p ^r bassin généralement rétréci	bon	bon	
14. — Intacte	2 ^e césarienne itérative	bon	bon	Nombreux, adhérences du périt. à l'utérus.
15. — Intacte	Césarienne haute p ^r bassin génér. rétréci	bon	bon	
16. — Intacte	2 ^e césarienne itérative pour bassin généralement rétréci	bon	bon	Vomissement nécessit. lavage de l'estomac.
17. — Intacte	Césarienne haute p ^r bassin génér. rétréci	bon	bon	
18. — Intacte	2 ^e césarienne itérative	bon	bon	Femme précédente.
19. — 7 heures	2 ^e césarienne itérative dans bassin limité	bon	bon	
20. — 7 heures	2 ^e césarienne itérative pour bassin généralement rétréci	bon	bon	
21. — 24 heures	Césarienne pour non progres. du travail	bon	bon	2 enfants acc. normal. antérieurement.
22. — 22 heures	Césarienne haute pour non progression du travail	bon	bon	Tentatives d'applicat. de forceps.
23. — 15 heures	Césarienne p ^r bassin bon	bon	bon	

	A subi un traitement antispécifique.
24. — 13 heures	Césarienne p ^r bassin généralement rétréci bon normales
25. — 13 heures	Césarienne ch. femme ayant été opérée pour cloisonn. du vagin bon normales
26. — 13 heures	Césarienne pour non progrès, du trav. ap. 27 h. de travail bon normales
27. — 11 h. 30	Césarienne pour excès de volume du fœtus bon normales
28. — 8 heures	Césarienne haute p ^r bassin rétréci bon normales
29. — 7 h. 30	Césarienne p ^r bassin généralement rétréci bon normales
30. — 6 h. 30	Césarienne p ^r bassin généralement rétréci bon normales
31. — 2 heures	Césarienne p ^r bassin rétréci et aplati bon normales
32. — 2 heures	Césarienne haute pour bassin génér. rétréci bon normales
33. — 1 heure	Césarienne pour bas-sin rétréci bon subfébriles puis norm.
34. — Intacte	Césarienne haute pour bassin génér. rétréci bon normales
35. — Intacte	Césarienne p ^r bassin généralement rétréci bon subfébriles puis norm.
36. — Intacte	Césarienne p ^r bassin généralement rétréci bon normales
37. — Intacte	Césarienne p ^r bassin généralement rétréci bon subfébriles puis norm.
38. — —	Césarienne p ^r hémorr. due à plac. praevia bon normales
39. — —	Césarienne p ^r hémorr. due à plac. praevia bon normales
40. — —	Césarienne haute pour placenta praevia bon normales
41. — 2 heures	Césarienne pour fibrome praevia bon normales
42. — 19 heures	Césarienne mutilatrice p ^r fibrome praevia et gross. gemellaire les 2 enfants bien portants normales Grossesse bi-vitelline bi-folliculaire.
43. — —	Césarienne p ^r bassin asymétrique-coxalgique bon fébriles et ens. norm.
44. — —	Césarienne après deux crises d'éclampsie mort le 5 ^e jour normales L'enfant était prémât.
45. — —	Césarienne mutilatrice pour hémorr. rétro-placent., gross. de 7 mois environ mort-ué normales
46. — —	Césarienne p ^r bassin achondroplasique naine haut. 1 m. morte de choc opér. mort le 9 ^e jour normales

RESULTATS DES CESARIENNES

Gellé a pu, au cours de ses recherches bibliographiques, réunir 4.931 cas de césariennes transpéritonéales basses, dont il discute les résultats tant du point de vue mortalité maternelle, que du point de vue morbidité et mortalité infantile.

Quant à la mortalité maternelle, il avait relevé sur 4.931 interventions 172 décès, soit une mortalité maternelle globale de 3,4 %. Il est vrai que dans cette statistique il avait englobé tous les décès survenus et dont une partie n'était pas imputable à l'intervention. Retranchant de ce bilan 66 décès survenus pour causes diverses différentes (éclampsie, placenta praevia, toxémie gravidique, cardiopathie, anesthésie, broncho-pneumonie post-anesthésique, maladie de Basedow, anémie pernicieuse, insuffisance surrénale, choc opératoire, etc.), il arrive ainsi à une mortalité due à l'opération de 1,57 % dont 0,7 % par péritonite.

En séparant les cas purs des cas impurs, il dresse le tableau suivant :

	MORTALITÉ GLOBALE	MORTALITÉ DUE A L'OPÉRATION	MORTALITÉ PAR PÉRITONITE
Cas purs.	0,91 %	0,65 %	0,24 %
» impurs.	2,70 %	1,80 %	0,83 %

Mais il signale aussi qu'en séparant 62 observations où il existait une infection manifeste avec température dépassant 38°, il se produit deux décès par péritonite, soit 3,2 % de mortalité.

Quant à la morbidité post-opératoire, Gellé arrive au chiffre de 19,4 % tout en faisant remarquer qu'il avait négligé les petites poussées fébriles sans explication.

En étudiant la mortalité infantile, il trouve sur 2.427 observations 146 décès, soit une mortalité de 6 % : mais en retranchant 86 morts qu'il ne veut pas imputer à la technique opératoire (décès avant intervention, au cours de placenta praevia, éclampsie, pneumonie intra-utérine, hérédo-syphilis, lésions crâniennes par tentatives infructueuses de forceps, pro-cidence du cordon, toxémie gravidique, décollement prématuré du placenta), il arrive à un chiffre de 2,5 %.

Notre statistique, qui porte malheureusement seulement sur 46 observations, indique des résultats beaucoup plus favorables que ceux obtenus après des césariennes basses. Plus de la moitié des observations traitent des cas nettement impurs pour lesquels une intervention par voie haute, d'après les données classiques, était formellement contre-indiquée.

Quant à la mortalité maternelle, nous n'avons qu'un seul décès (observation 46) et encore ne peut-on nullement le mettre sur le compte de la technique opératoire. Il s'agissait d'une naine de 1 m. 09 qui n'a pas supporté le choc opératoire. Une césarienne basse,

d'une technique plus compliquée et surtout beaucoup plus longue, n'aurait certainement pas donné de meilleur résultat.

Abstraction faite de ce décès qui n'est pas imputable à la technique opératoire, la mortalité du côté maternel est 0.

Et, encore avons-nous plusieurs interventions qui étaient tentées dans des conditions extrêmement défavorables.

Dans l'observation n° 1, il s'agissait d'une césarienne corporéale après deux tentatives d'application de forceps au détroit supérieur, membranes rompues depuis plus de 20 heures.

Dans l'observation n° 22, on est intervenu 22 heures après rupture de la poche des eaux et après plusieurs tentatives infructueuses de forceps.

Dans l'observation n° 6, il s'agit d'une césarienne itérative pour la quatrième fois avec hystérectomie pour déchirure de l'utérus.

L'observation n° 10 traite d'une césarienne itérative 17 heures après la rupture de la poche des eaux.

Dans les observations 19 et 20, des césariennes itératives 7 heures après la rupture de la poche des eaux.

Dans les observations nos 21 à 32, des interventions étaient tentées de deux à vingt-quatre heures après la rupture de la poche des eaux.

Dans toutes les interventions, sauf dans le cas de l'observation n° 6 où on avait pratiqué une hystérectomie subtotalaire pour rupture utérine, l'observation 41

où on pratiqua une hystérectomie pour coexistence de grossesse et placenta praevia, l'observation 42 où il s'agit d'une césarienne mutilatrice pour coexistence de fibrome et grossesse gémellaire et l'observation 45 où il s'agit d'une césarienne mutilatrice pour hémorragie rétro-placentaire, il s'agissait uniquement de césariennes hautes conservatrices sans aucun drainage.

Quant à la morbidité, elle est également beaucoup moindre que le pourcentage rapporté par Gellé, dans les cas de césariennes basses. Toutes nos opérées ont pu quitter le service entre le vingtième et le trentième jour. Dans l'observation n° 1, les suites étaient fébriles d'abord pour redevenir normales ensuite, mais il coexistait une anémie très prononcée. Dans l'observation n° 6, les suites avaient été fébriles avec une température qui se maintenait pendant 20 jours entre 37°5 et 38°2, avec des poussées très fortes (40°2 et 39°2) le cinquième et le quinzième jours. La température revenait ensuite progressivement vers la normale, de façon que le trentième jour après l'intervention, la femme et l'enfant pouvaient quitter le service en excellent état. Il s'agissait d'une femme sur laquelle on avait pratiqué une hystérectomie subtotale pour rupture utérine au cours du travail.

Dans l'observation n° 14, les suites de couches étaient dans les premiers jours subfébriles pour redevenir normales.

Dans l'observation n° 16, la femme présentait immédiatement après l'opération des phénomènes as-

sez inquiétants (vomissements, ballonnement abdominal), mais les jours suivants les vomissements devenaient franchement bilieux. La température était revenue à la normale au bout de huit jours.

Dans l'observation 17, nous avons des suites de couches normales, mais il existait une légère suppuration de la peau.

Dans l'observation n° 20, il s'agissait d'une césarienne itérative, pratiquée 7 heures après la rupture de la poche des eaux. Le douzième jour, la femme avait présenté une forte élévation thermique, avec accélération du pouls. Le col était sain mais béant, laissant écouler des lochies nettement purulentes. Les culs-de-sac n'étaient pas douloureux. A la suite d'un traitement anti-infectieux, la température baissait progressivement, l'état général restant toujours bon. Malgré ces complications, la femme pouvait quitter le service, le vingt-neuvième jour, avec son enfant en bon état.

Dans l'observation n° 33, les suites de couches pendant les premiers jours étaient subfébriles avec une température oscillant entre 36°8 et 37°8.

Au bout de quelques jours, la température redevient normale. Il s'agit d'une femme qui avait perdu les eaux (teintées de méconium) une heure avant l'intervention.

Dans l'observation 35, nous avons également des suites de couches subfébriles avec une élévation thermique maxima de 38°. La femme quittait avec son

enfant le service le trente-deuxième jour après l'intervention.

Dans l'observation 37, nous avons une légère élévation thermique pendant les premiers jours avec maximum $37^{\circ}4$. La femme pouvait quitter en bon état le service le vingtième jour.

Enfin, dans l'observation 43, les trois premiers jours de suites de couches, la femme présentait des poussées fébriles de 38° à $38^{\circ}6$ avec un pouls de 120 à 128.

La femme et l'enfant quittaient le service en excellent état le vingt-troisième jour.

En tenant compte de la moindre élévation thermique, ce que Gellé a négligé, nous avons dans dix cas des suites de couches fébriles ou subfébriles, soit un pourcentage de 22 % environ.

Aucune de nos femmes n'avait présenté des complications post-opératoires graves.



Quant à la mortalité infantile, elle est dans notre statistique beaucoup moindre que celle indiquée par Gellé pour la césarienne basse.

Nos observations 44, 45 et 46 indiquent le décès de l'enfant. Mais on peut difficilement imputer ces décès à la technique opératoire.

Dans l'observation 44, il s'agit d'une césarienne d'urgence pour crises d'éclampsie au début du huitième mois de la grossesse. L'enfant était né en mort

apparente et ranimé seulement après 45 minutes de soins. Malgré tous les soins, il décédait le cinquième jour.

Dans l'observation n° 45, il s'agissait également d'une césarienne d'urgence, pour hémorragie rétro-placentaire, au septième mois de la grossesse. L'enfant était mort avant l'intervention.

Enfin, dans l'observation n° 46, il s'agissait d'une césarienne pour bassin achondrioplasique chez une naine de 1 m. 09 de hauteur. La mère était morte par choc opératoire. L'enfant dépérissait de jour en jour et malgré tous les soins il décédait le neuvième jour. Quoique nous ne puissions pas expliquer suffisamment ce dernier décès, nous croyons néanmoins pouvoir affirmer qu'il n'est nullement imputable à la technique opératoire. *Dans les autres observations, tous nos enfants sont vivants.* Et si, dans la plus grande partie des cas, les enfants étaient nés étonnés, ils étaient toujours facilement ranimés après quelques minutes de soins.

COMPLICATIONS IMMÉDIATES ET ÉLOIGNÉES DE LA CÉSARIENNE

Les complications de la césarienne peuvent survenir au moment de l'opération, pendant la période des suites de couches, ainsi que très tardivement. Nous essaierons de passer en revue les plus importantes et les plus fréquentes de ces complications.

Anesthésie. — Il peut se produire des syncopes,

même mortelles. Mais ces accidents ne sont pas plus fréquents dans la césarienne que dans toutes les autres interventions abdominales. Quant aux complications pulmonaires post-opératoires, on arrive à diminuer leur fréquence par une préparation préalable de la femme chaque fois que c'est possible (lavements à la créosote, etc.) et par l'application de la rachianesthésie. Ces accidents doivent être aussi fréquents dans la césarienne basse que dans la césarienne haute. Nous ne les avons d'ailleurs pas rencontrés chez nos opérées.

Extraction du fœtus. — Il arrive quelquefois que l'extraction du fœtus soit malaisée à cause d'un commencement d'engagement, la tête étant enclavée au détroit supérieur. Quelquefois l'incision est insuffisante. D'autres fois l'utérus, à la suite d'une injection préventive d'ergotine, se contracte tellement qu'il est impossible d'extraire le fœtus. Dans notre observation n° 11, l'extraction du fœtus était rendue très pénible, à cause de la rétraction de l'anneau de Bandl sur la tête fœtale.

Pour éviter des déchirures utérines, il faut agrandir la section de l'utérus vers le haut (professeur Couvelaire). Cocq, en discutant de la valeur de la césarienne haute en comparaison avec la césarienne basse, mentionne cet accident. Il précise que celui-ci est beaucoup plus fréquent au cours de la césarienne basse où il se produit une extension de l'incision musculaire vers le bas, par déchirure de l'ouverture créée

dans le segment inférieur quand la tête la traverse. Chez une de ses opérées, cette déchirure s'étendait si loin vers le bas et latéralement, qu'il a été obligé de pratiquer une hystérectomie.

Hémorragie utérine. — La plupart des auteurs signalent des hémorragies graves par atonie utérine. Cet accident est assez rare, d'autant plus rare que l'on emploie la rachianesthésie. Certains auteurs préfèrent une injection préventive d'ergotine ou de gynergine, quelques instants avant le début de l'opération, afin d'agir sur la contractilité des fibres musculaires de l'utérus. Dans nos observations 1, 3, 28, 31, 33, 38, 39 et 40, nous avons des hémorragies utérines plus ou moins abondantes, qui cédaient toujours à l'injection d'ergotine ou de gynergine. Dans l'observation n° 1, il s'agit d'une hémorragie par inertie utérine, après délivrance.

Difficultés à la délivrance. — Nous avons remarqué dans nos observations que le placenta se trouvait souvent inséré sur la face antéro-interne de l'utérus, de façon que la plupart du temps l'incision utérine tombait en pleine zone placentaire (33 %. Obs. 8, 11, 13, 16, 20, 21, 22, 24, 28, 29, 32, 33, 34, 35 et 36). D'habitude le placenta se décolle facilement. Mais quelquefois il reste très adhérent à la paroi utérine et est difficile à extraire.

Il n'en est pas de même des membranes qui, la plupart du temps, sont très friables. Elles restent souvent adhérentes au niveau des cornes, du segment in-

férieur et du col. Leur extraction est très malaisée et on arrive à les enlever par lambeaux. L'iodage et l'écouvillonnage de la cavité utérine, après la délivrance, ramène souvent des débris de membranes. Si l'on est intervenu avant le début de tout travail, il est indiqué de passer une pince (à travers la paroi utérine avant suture) dans le col, pour le rendre perméable et faciliter ainsi l'évacuation des membranes qui pourraient encore rester.

L'hémorragie interne par désunion de la plaie utérine est encore une complication à redouter, quoique extrêmement rare. Il s'agit dans ce cas d'une désunion de la plaie utérine après relâchement de la suture pratiquée.

Par hantise de la fragilité du catgut, certains auteurs préconisent l'emploi de la soie pour la suture utérine. Pour bien des raisons, nous estimons que l'emploi de la soie devrait être proscrit. La soie étant un corps non résorbable, elle semble agir à la manière d'une mèche et drainer par sa capillarité le contenu de la cavité utérine vers la cavité péritonéale, d'où danger immédiat d'infection de la grande cavité péritonéale.

De plus, il existe un danger secondaire d'adhérences serrées autour des fils infectés ainsi que la possibilité de formation de fistules utéro-pariétales.

En utilisant un catgut n° 2 à résorption lente, celui-ci gonfle et obture les trajets des fils, empêchant ainsi toute communication entre utérus et péritoine.

La suture par catgut donne un affrontement suf-

fisant pour obtenir une cicatrisation parfaite. Il s'agit seulement d'apporter le plus grand soin aux nœuds, qui doivent être bien serrés (sans couper) et triples.

L'opérée est souvent très agitée après l'intervention, ce qui peut provoquer les accidents les plus divers. Nous conseillons de pratiquer chaque fois, à la fin de l'intervention, une piqûre de morphine pour permettre à la malade de reposer et d'être à l'abri de complications du côté de la paroi abdominale.

Dans l'observation n° 18, nous rapportons le cas d'une de nos malades qui souffrait le lendemain de l'intervention et qui présentait des vomissements. Quelques crins avaient sauté et la paroi suintait. Redescendue dans la salle d'opération, on ouvrait la plaie abdominale. Les catguts du plan musculaire avaient sauté et des anses intestinales étaient venues faire hernie dans la plaie. Après suture de la paroi, la femme se sentait bien. Les suites de couches étaient normales, après avoir été pendant quelques jours fébriles.

VALEUR DE LA CICATRICE UTÉRINE

La valeur de la cicatrice utérine est le point cardinal pour les suites opératoires immédiates et éloignées. Une plaie utérine, bien affrontée, et suturée avec un catgut à résorption lente, empêchera toute communication entre utérus et péritoine. Même en cas d'infection localisée à l'utérus, il n'y aura pas de passage direct des germes de la cavité utérine vers la cavité péritonéale.

Dans l'observation n° 20, nous rapportons le cas d'une malade ayant fait le douzième jour une forte élévation thermique. Le col était béant et laissait écouler des lochies nettement purulentes. Néanmoins nous n'avons eu aucune complication du côté du péritoine et, après quelques jours du traitement anti-infectieux la température revenait à la normale et permettait à la femme de quitter le vingt-neuvième jour le service en excellent état.

La solidité de la cicatrice utérine est de la plus haute importance pour l'avenir obstétrical de la femme. Une grossesse, après une césarienne antérieure, doit toujours nous faire craindre une rupture utérine au niveau de la cicatrice. Notre Maître, M. Devraigne, rapportait dernièrement trois cas de ruptures insidieuses de l'utérus gravide avant tout début du travail chez des femmes ayant subi antérieurement des césariennes hautes. Mais ces ruptures sont encore assez rares. Morisson-Lacombe, en rapportant 41 observations de gestation après césarienne haute, constate deux ruptures utérines. Dans l'une de ses observations, la rupture ne s'est pas produite au niveau de la cicatrice même, mais un peu en dehors d'elle et parallèlement à elle. Il conclut à 4 % de ruptures utérines dans les césariennes hautes. D'après une statistique antérieure établie par Marioton, la fréquence de la rupture utérine serait seulement de 2,54 %. D'autres auteurs trouvent des chiffres plus ou moins élevés.

Dans l'observation n° 6, nous rapportons le cas

d'une rupture utérine pendant le travail. Il s'agit d'une femme avec un passé obstétrical tout à fait exceptionnel. Un premier accouchement normal, une fausse-couche de six mois, une fausse-couche de trois mois. Une première césarienne haute avec suites de couches fébriles. De nouveau une fausse-couche de trois mois et demi suivie de curettage. Une deuxième césarienne itérative avec suites de couches fébriles. Une troisième césarienne itérative un an plus tard, et enfin la dernière césarienne itérative quatorze mois plus tard au cours de laquelle on constate la rupture de l'utérus.

Déjà, pendant les césariennes antérieures, on avait remarqué des adhérences nombreuses, dues probablement à une infection légère post-opératoire qui nous avait donné les suites de couches fébriles. Les grossesses extrêmement rapprochées ainsi que le curettage subi, dans l'intervalle de deux césariennes, sont vraisemblablement les facteurs principaux de la production de cette rupture. Il est intéressant à noter que ce n'est pas une désunion de la cicatrice qui s'est produite, mais une déchirure irrégulière de l'utérus avec un lambeau formant languette.

Nous croyons que la cicatrice utérine est plus résistante que l'on ne suppose. Il faut des circonstances exceptionnelles pour produire une rupture utérine. Parmi les facteurs les plus en cause, il faut ranger les grossesses très rapprochées, les curettages provoquant des lésions de la paroi utérine, les distensions fortes par hydramnios ou grosse tête, les con-

tractions très violentes de l'utérus, ainsi que souvent l'insertion du placenta sur la face antérieure de l'utérus au niveau de la cicatrice.

La cicatrice, après césarienne haute, est assez résistante pour permettre des accouchements ultérieurs spontanés. Morisson-Lacombe rapporte cinq cas d'accouchements spontanés après césarienne haute. Dans l'observation n° 15, il rapporte trois accouchements spontanés après césarienne haute, accouchements très laborieux à cause du volume des enfants pesant 4.090, 3.900 et 4.300 grammes. D'autre part, Cocq avait pratiqué sept césariennes basses itératives, plus de vingt heures après la rupture de la poche des eaux, chez des femmes qui avaient été opérées antérieurement de césarienne haute et qui avaient eu depuis plusieurs heures de violentes contractions utérines sans qu'il se soit produit une rupture de la cicatrice.

M. le professeur Couvelaire, se basant sur les examens qu'il avait pratiqués personnellement, écrivait : « La cicatrice du muscle lisse est toujours une cicatrice conjonctive. Les deux lèvres de la plaie sont réunies par une bande de fibrine. Cette bande de fibrine sert de substratum à la charpente conjonctive qui va servir de trait d'union entre les faisceaux musculaires sectionnés. Il n'y a pas de régénération de fibres lisses. » Cocq et Massey, ayant pratiqué des coupes après une rupture utérine, avaient constaté la présence d'éléments syncytiaux dans l'épaisseur du muscle à une certaine distance de la cicatrice. Le placenta était inséré à ce niveau. Il nous faut donc admettre que la

rupture utérine peut être provoquée par la corrosion syncytiale due à l'insertion du placenta au niveau de la cicatrice, ce qui arrive d'après nos observations dans 33 % des cas environ.

Même si nous admettions qu'une restitution musculaire *ad integrum*, comme le soutiennent le professeur Audebert et Tourneux, serait possible, il reste néanmoins acquis que les cas de rupture utérine après une césarienne antérieure sont encore assez fréquents pour nous imposer une surveillance continue pendant la grossesse chez les femmes qui ont déjà subi des césariennes.

Une autre complication de césarienne sont les adhérences qui peuvent être négligeables ou peu importantes. Dans certains cas elles sont tellement abondantes qu'elles donnent une symphyse utéro-pariétale complète. Les adhérences semblent être moins importantes dans le cas de suture au catgut, que dans le cas de suture à la soie ou à tout autre corps non résorbable. La soie en effet, formant un foyer d'infection, donne lieu à une suppuration plus ou moins importante, mais qui souvent provoque des accidents sérieux. Presque toutes les fistules utéro-pariétales sont dues à des fils non résorbables. Guéniot rapporte le cas d'une de ses malades qui venait le voir deux mois et demi après la césarienne, inquiète d'avoir des pertes de sang et de la leucorrhée qui persistait depuis l'opération. Elle avait expulsé par le vagin, cinq jours auparavant, 4 fils de soie, puis trois jours après encore 3 fils. Tous ces fils avaient des nœuds intacts et prove-

naient de la suture utérine. Quelque temps après, il y avait encore élimination de soies.

Konwer cite un cas de césarienne haute dans lequel l'opérée consulte un gynécologue, au bout de près de 3 ans, à cause de pertes irrégulières que celui-ci attribua à un fibrome. La laparotomie montrait une tumeur inflammatoire entre vessie et col de l'utérus. L'opérateur ferma l'utérus et quelque temps après il put évacuer, par colpotomie, une masse de tissu granuleux d'où se détacha une ligature de soie. Les fistules utéro-pariétales apparaissent soit dans les premières semaines après l'opération, soit au bout de quelques mois ou même des années. Elles sont précédées d'un abcès à la paroi qui s'ouvre au niveau de la cicatrice de l'incision abdominale, et auquel fait suite une suppuration persistante et une fistulisation profonde entretenues par des fils infectés de la suture utérine. Des éliminations de fils peuvent avoir lieu sans que guérisse la fistule, s'il reste d'autres fils qui entretiennent la suppuration (Guéniot).

Dans nos observations, où la suture était faite au brady-catgut n° 2, à résorption lente, les adhérences étaient la plupart du temps presque négligeables. Nous n'avons jamais eu de suppuration utéro-pariétale, ni de complications inflammatoires comme le rapporte Konwer.

Dans l'observation n° 2, il existait quelques adhérences de l'épiploon à la partie haute de la cicatrice utérine, qui était à cet endroit amincie sur une longueur de 3 centimètres.

Dans l'observation n° 3, nous trouvons quelques adhérences épiploïques à la cicatrice utérine et la paroi. L'utérus est dépéritonisé sur le fond au voisinage de la cicatrice. Celle-ci ne paraît pas amincie, mais un peu irrégulière.

Dans l'observation n° 4, pas d'adhérences à l'utérus dont la cicatrice est à peine visible. Elle n'apparaît qu'après accouchement. Au niveau de la cicatrice pas d'amaigrissement. On excise une zone fibreuse sur la lèvre droite sur 5 centimètres, vers le haut.

Dans l'observation n° 5, quelques adhérences au péritoine. Cicatrice utérine peu visible, masquée par des adhérences.

Dans l'observation n° 6, le péritoine est adhérent partout à l'utérus (fond, faces latérales, face antérieure). La face antérieure de l'utérus est déchirée de façon irrégulière, formant languette et une ébauche de dédoublement de la paroi.

Dans l'observation n° 7, quelques adhérences épiploïques vers la corne droite. Il est impossible de trouver la trace de la première incision.

Dans l'observation n° 8, il existe une adhérence épiploïque peu étendue. Pas de cicatrice visible sur l'utérus. Quelques membranes transparentes vers les annexes droites et le cul-de-sac vésico-utérin.

Dans l'observation n° 10, pas d'adhérences. La cicatrice semble excellente.

Dans l'observation n° 12, il existe quelques rares adhérences épiploïques. L'ancienne cicatrice semble très solide.

Dans l'observation n° 14, on trouve de nombreuses adhérences du péritoine à l'utérus, principalement du côté droit et au niveau de la corne droite.

Pas d'adhérences dans l'observation n° 16. La cicatrice est solide mais irrégulière et épaisse.

Dans l'observation n° 18, il n'existe pas d'adhérences.

Dans l'observation n° 20, il existe de nombreuses adhérences. Au niveau du fond utérin, on voit la trace de l'ancienne cicatrice.

CONCLUSIONS

1° La césarienne haute reste une excellente opération, d'une technique simple et d'un pronostic excellent, chaque fois qu'il s'agit d'un cas pur.

2° Avec une technique rigoureuse, on obtient, même dans des cas où la rupture de la poche des eaux s'est produite plusieurs heures avant l'intervention, des excellents résultats.

3° La soie ne devrait pas être employée pour la suture utérine. La soie de par sa nature semble agir comme une mèche, et par sa capillarité aspirer les sécrétions de la cavité utérine vers l'abdomen, d'où danger immédiat d'infection de la grande cavité péritonéale, danger secondaire d'adhérences serrées autour des fils infectés et fistules utéro-pariétales. C'est ce qui paraît se produire généralement.

4° En utilisant pour la suture de l'utérus du catgut, et simplement un catgut n° 2, à résorption lente, celui-ci gonfle et obture les trajets des fils, d'où absence de communication entre utérus et cavité péritonéale. Le catgut assure un affrontement suffisant

de la plaie utérine, même en un seul plan. La qualité des cicatrices a été vérifiée au cours de césariennes itératives. Le catgut ne favorise pas la formation d'adhérences qui sont souvent nulles ou négligeables.

Vu : le Président de la thèse,
COUVELAIRE.

Vu : le Doyen,
ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- AUDERODIAS. — L'opération césarienne basse. — Ses indications, ses résultats (*Gaz. hebdom. des Sciences Méd. de Bordeaux*, t. XLIX, n° 16, 15 avril 1928).
- BALARD et UAHON. — La place de la césarienne basse dans la thérapeutique obstétricale (*Marseille Médical*, 5 août 1928).
- BERCOVICI (Bernard). — Contribution à l'étude de la césarienne basse (*Thèse de Paris*, 1927).
- BRINDEAU (A.). — Résultats de l'opération césarienne (*Pratique de l'Art des Accouchements*, t. III, p. 180-181).
- BRINDEAU (A.). — Césarienne basse transpéritonéale (*Pratique de l'Art des Accouchements*, p. 266-273).
- BRINDEAU (A.) et CAUNOIRE (M.). — Technique de la césarienne basse (Indicat. et résultats) (*Journ. Médic. franç.*, n° 19, 3-8 janvier 1930).
- BURGER. — Les hémorragies dans la section césarienne basse (*Strasbourg Médical* n° 16, 20 mars 1929).
- COCQ (V.). — La césarienne haute doit-elle être reléguée parmi les techniques surannées et doit-on lui substituer la césarienne segmentaire (*Bruxelles Médical*, n°s 21-22, mars 1932).
- COCQ (V.). — De la valeur et des indications respectives de la césarienne haute et de la césarienne basse (*Soc. belge de gyn. et obst.*, 4 juin 1932).
- COUVELAIRE. — Considérations sur la technique de la césarienne conservatrice pratiquée à l'ancienne mode (*Soc. Obst. de France*, 1909).
- COUVELAIRE, LENORMAND et A. LEMIERRE. — Césarienne (opération) (*Pratique Médico-chirurgicale*, t. II, p. 256-269).
- DELMAS (P.). — Les avantages de la césarienne basse sur la césarienne classique (*Gazette d'Acc. de Montpellier*, 1^{er} mars 1932).

- DEVRAIGNE. — Ruptures insidieuses de l'utérus gravide (*Presse Médicale*, n° 87 du 27 octobre 1934).
- DEVRAIGNE, SEGUYET, LAENNEC. — Indications actuelles de la césarienne basse (*Journ. de Méd. et Chir. pratiques*, 10 juin 1929, p. 407).
- FEREY (Daniel). — Avantages de la césarienne basse. — Quelques détails de technique (*Bulletin Médical*, n° 3, 16 janvier 1932).
- GELLÉ. — Contribution à l'étude de la césarienne transpéritonéale basse (*Thèse de Lille*, 1929-1930).
- GUÉNIOT. — Les hémorragies dans la césarienne basse (*La Médecine*, n° 5, avril 1930).
- GUENIOT. — Accidents tardifs et accidents éloignés dus aux opérations césariennes conservatrices (*L'Orientation Médicale*, décembre 1933).
- HELLMUTH. — Au sujet des ruptures spontanées de l'utérus au niveau de la cicatrice des césariennes intra-péritonéales basses. — Faut-il approuver l'extension de cette technique? (*Münchuer Mediz. Wochenschrift*, t. LXXV, n° 38, 21 sept. 1928, p. 1.626-1.628).
- KOUWER. — L'avenir des femmes après l'opération césarienne classique (*Gynéc. et Obst.* 21-216, mars 1930).
- MARIOTON. — De l'avenir obstétrical des femmes ayant subi une césarienne classique conservatrice (*Thèse de Paris*, 1911-1912).
- MORISSON-LACOMBE. — L'avenir obstétrical des femmes ayant subi une section césarienne, portant sur le corps de l'utérus (*Thèse Paris*, 1920-1921).
- MULLER (P.). — A propos de la césarienne haute et la césarienne basse (*Revue Méd. Franche-Comté*, n° 6, 15 mai 1933).
- WETTERWALD. — Avenir obstétrical après césarienne basse (*Revue franç. d'obstétr. et gynéc.*, février 1926).
- WETTERWALD. — Les avantages de la césarienne basse sur la césarienne classique (*La Vie Médicale*, n° 8, 25 avril 1930).
-

1424. — Impr. de la Fac. de Méd., Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris. — 6-1935
